



Susana Alexandra
Fernandes Correia

**Intervenção de enfermagem
com crianças que apresentam
perturbação do comportamento
numa Unidade de Internamento
de Psiquiatria da Infância e
Adolescência**

Uma abordagem da práxis na perspetiva da equipa
de enfermagem

Relatório do Trabalho de Projeto em Enfermagem apre-
sentado para cumprimento dos requisitos necessários à
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiatria realizado sobre orientação científica
do Professor Doutor Joaquim Lopes

Julho 2014



Instituto Politécnico de Setúbal Escola Superior de Saúde

Susana Alexandra Fernandes Correia

Intervenção de enfermagem com crianças que apresentam perturbação do comportamento numa Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência

Uma abordagem da prática na perspectiva da equipa de enfermagem

Relatório do Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria realizado sob a orientação científica do Professor Doutor Joaquim Lopes.

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Julho 2014

Agradecimentos

Obrigado a tantos, todos, que integrando este percurso fizeram de estrutura, substrato sólido, fértil, onde nascem os projetos, os sonhos, que sendo meus, outros têm a generosidade de apoiar e partilhar.

Foram, são, sustento imprescindível para a possibilidade de Ser, de ser projeto, mestrado, Susana.

Obrigado p'lo olhar mais amplo, comprometido, integrado...muito para além do que sem vós poderia ter alcançado.

RESUMO

Este trabalho incide no conhecimento e compreensão da práxis de enfermagem no contexto específico de uma unidade de internamento de psiquiatria da infância e adolescência, na intervenção com crianças dos 6 aos 11 anos, que apresentem perturbação do comportamento.

Documentos nacionais e internacionais apontam para o aumento do número de crianças com perturbação do comportamento. Acreditamos que as intervenções desenvolvidas, tendo em conta novas ou maiores necessidades de cuidados, se devem acompanhar de reflexão, beneficiando de estudos em ligação ao contexto académico.

O trabalho que em seguida apresentamos íntegra o 2º Mestrado de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS). A metodologia de projeto suporta e orienta todo o seu desenvolvimento.

Compreender, conhecer a práxis, constrói uma base elementar em si mesma no reconhecimento do saber mobilizado diariamente na intervenção. Ao longo do *focus group*, técnica utilizada na colheita de dados, os enfermeiros centraram-se nas intervenções desenvolvidas com destaque para as questões que mais profundamente se relacionam com a relação terapêutica. Da análise de dados evidencia-se a dimensão interpessoal, a relevância atribuída pelos enfermeiros à compreensão das crianças, apontando para as suas particularidades, e à compreensão que desenvolvem de si próprios na vivência da relação terapêutica.

Compreender, conhecer a práxis é ainda fundamental na identificação de áreas de carência. A supervisão clínica em enfermagem (SCE) destacou-se, em profunda coerência com a relevância atribuída pelos enfermeiros aos conteúdos da relação terapêutica, como a estratégia que poderá dar resposta às necessidades expressas. A SCE assume-se como uma ferramenta profundamente vinculada ao desenvolvimento e suporte profissional, intimamente ligada à promoção da qualidade do exercício profissional e com isto à qualidade dos cuidados.

Palavras-Chave: Intervenção de enfermagem, Criança, Perturbação do comportamento, Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Supervisão clínica em enfermagem.

ABSTRACT

This essay focus on the knowledge and comprehension of the nursing praxis, in the specific context of a child and adolescent mental health in-patient service, on interventions with children aging from 6 to 11 years old, with conduct disorder.

National and international reviews point to an increase number of children with behavior change. We believe that the developed interventions (considering the new and greater needs of care) must include reflection, benefiting from researches done in academic context.

This essay is part of the 2nd Master course in Mental Health and Psychiatry in the Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS). The project methodology supports and guides its development.

Understanding and knowing the praxis constitutes itself as an elementary base to recognize the knowledge which is daily involved in intervention. Throughout the focus group (technique used to collect the data), nurses focused in the developed interventions with main emphasis on the therapeutic relationship. The analysis of data stands out the interpersonal dimension, the relevance given from nurses to the understanding that they have from children, pointing to the particularities, and the understanding they have of themselves during the therapeutic relationships.

Understanding and knowing the praxis is also essential in identifying the areas of lack. Clinical supervision in nursing stood out, in deep consistency with the relevance given by nurses to the contents of the therapeutic relationship, seen as strategy which may respond the expressed needs. The clinical supervision in nursing presents itself as a tool deeply connected to the professional development and support, intimately linked to the promotion of the quality of professional practice and the quality of care.

Keywords: Nursing interventions; Child; conduct disorder; Child and adolescent mental health service; clinical supervision in nursing.

LISTA DE SIGLAS

CPLEESMP	Curso Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-TR
ESS-IPS	Escola Superior de Saúde de Setúbal - Instituto Politécnico de Setúbal
MCSS [®]	Manchester Clinical Supervision Scale [®]
n	Nº de participantes;
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIS	Projeto de Intervenção em Serviço
SC	Supervisão Clínica
SCE	Supervisão Clínica em Enfermagem
UE	Unidades de Enumeração
UIPIA	Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência
UR	Unidade de registo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
I - PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)	17
1. Caracterização do contexto	17
2. Problemática	19
3. Questão de partida	25
4. Objetivos	25
5. Enquadramento Concetual	27
5.1. O comportamento na infância	27
5.2. Latência	29
5.3. Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	31
6. Metodologia	35
6.1. Etapa diagnóstica	36
6.1.1. Colheita de dados	37
6.1.2. Análise de dados	41
6.1.3. Diagnóstico de situação	84
6.2. Planeamento	89
6.3. Execução	97
6.4. Avaliação do PIS	97
7. Sugestão para projetos futuros	101
II - Análise crítica das competências de mestre	103
III - REFLEXÃO FINAL	113
BIBLIOGRAFIA	117
Apêndices	125
Apêndice 1 - Artigo	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Sintomatologia/diagnóstico das crianças internadas em 2010.....	22
Gráfico 2 - Classificação por género das crianças com perturbações do comportamento em 2010	22
Gráfico 3 - Sintomatologia/diagnóstico das crianças internadas em 2011	23
Gráfico 4 - Classificação por género das crianças com perturbações do comportamento em 2011	23

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização dos participantes	40
Quadro 2 - Grelha de análise	43
Quadro 3 - Categoria <i>Sinais e sintomas</i>	44
Quadro 4 - Categoria <i>Pressupostos explicativos</i>	46
Quadro 5 - Categoria <i>Relação terapêutica</i>	54
Quadro 6 - Categoria <i>Intervenções desenvolvidas</i>	67
Quadro 7 - Categoria <i>Intervenções a desenvolver</i>	79

INTRODUÇÃO

O trabalho que em seguida apresentamos íntegra o 2º Mestrado de Saúde Mental e Psiquiatria da ESS-IPS. A metodologia de projeto suporta e orienta todo o seu desenvolvimento. Uma metodologia centrada na resolução de problemas que prevê uma forte articulação entre a teoria e a prática, numa integração onde se mobilizam as aprendizagens programáticas, curriculares e profissionais na construção de um projeto que responda às necessidades de uma determinada situação real.

Benner (2001) dá conta da necessidade de desenvolver trabalhos ao encontro dos conhecimentos implícitos na prática de enfermagem “sabemos pouco sobre os conhecimentos implícitos na verdadeira prática da enfermagem, isto é, aquele conhecimento acumulado ao longo do tempo da prática de uma disciplina aplicada.” (p. 31). Conhecer, refletir e compreender a práxis nas suas diferentes áreas de especialidade coloca-se como um desafio preponderante, permitindo tornar explícito o conhecimento das equipas, otimizando-o e desenvolvendo-o no exercício profissional. O foco deste trabalho incide no conhecimento e compreensão da práxis de enfermagem no contexto específico de uma Unidade de Internamento de Psiquiatra da Infância e Adolescência (UIPIA) na intervenção com crianças que apresentam perturbação do comportamento. Destacam-se as particularidades de um conhecimento que é próprio desta equipa, dos seus elementos em interação e do contexto que a constitui. Explicitar um determinado domínio de cuidados é dar voz a um conhecimento que vive na prática do dia a dia num comprometimento com cuidados de qualidade.

Acreditamos no diálogo permanente entre a necessidade de cuidados e as intervenções desenvolvidas. Documentos nacionais e internacionais apontam para o aumento do número de crianças com perturbação do comportamento. A Organização Mundial da Saúde (OMS) 2010 chega mesmo a destacar a perturbação do comportamento, de entre outras, como a “nova morbilidade”. Compreender, conhecer a intervenção, constrói uma base elementar em si mesmo, que se constitui ainda como basilar na identificação de áreas de carência onde se possa propor intervenções no sentido do desenvolvimento da práxis.

Cumpre-se com este trabalho abarcar duas grandes áreas, que embora separadas em duas partes do ponto de vista formal do trabalho, se influenciam desde o primeiro momento. Na parte I descreve-se o projeto de intervenção em serviço, na parte II realiza-se uma análise crítica do desenvolvimento das competências de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

I - PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)

1. Caracterização do contexto

O trabalho de projeto que em seguida iremos apresentar desenvolveu-se numa UIPIA. A área da psiquiatria da infância e adolescência assume a prestação de cuidados diferenciados de saúde mental e psiquiatria em regime de ambulatório e internamento a crianças e adolescentes dos 0 aos 18 anos de idade e suas famílias.

em saúde mental podemos destacar a capacidade de uma pessoa desenvolver o seu potencial emocional e cognitivo, de iniciar, desenvolver e manter relações afetivas de forma satisfatória, de se preocupar com os outros empatizando com o seu semelhante, e a capacidade de usar situações negativas de vida como um potencial para o próprio desenvolvimento (Strecht, 2001, p. 341).

O atendimento em ambulatório organiza-se em várias equipas comunitárias multidisciplinares distribuídas por faixas etárias desde a primeira infância até à adolescência incluindo área de dia da infância, hospital de dia da adolescência e UIPIA. Estas equipas favorecem a prevenção, o diagnóstico, tratamento e reabilitação em forte ligação aos vários contextos de vida da criança/família, como a escola, atividades de tempos livres, ou outros contextos comunitários. Privilegia-se uma intervenção o mais precoce possível ao encontro do mal-estar atual, mas também na redução de riscos futuros, prevenindo a patologia mental na idade adulta.

“Quando se faz o *diagnóstico* e o *tratamento precoces* das perturbações disfuncionais das primeiras idades e de outras situações psicopatologias, está a prevenir-se o aparecimento de quadros incapacitantes na idade adulta. (...) em psiquiatria infanto-juvenil, é difícil separar acções terapêuticas de acções preventivas.” (Vidigal, 2004, p. 54).

A UIPIA atende crianças/adolescentes e suas famílias, com situações psicopatológicas agudas ou sub-agudas que, pela sua gravidade, dificuldade de diagnóstico diferencial, ou circunstâncias pouco favoráveis do contexto sociofamiliar, necessitem de uma intervenção clínica intensiva em serviço de internamento especializado. O enfermeiro trabalha inserido numa equipa interdisciplinar definindo e contribuindo para a execução do projeto terapêutico de cada criança/adolescente e sua família. A intervenção da equipa interdisciplinar organiza-se e orienta-se num projeto terapêutico comum e individualizado em construção e reavaliação ao longo de reuniões diárias onde estão presentes os vários agentes de

cuidados. O método de trabalho em enfermagem organiza-se através do enfermeiro responsável procurando-se uma intervenção individualizada centralizada num enfermeiro específico.

Na sua dimensão teórica e prática esta equipa de internamento inscreve-se num quadro de orientação eminentemente psicodinâmico.

ao centrar o psiquismo no nível inconsciente e não nos comportamentos, a perspectiva psicodinâmica explica as origens do bem-estar ou das dificuldades actuais pelas experiências anteriormente vividas, olhando para a pessoa como um todo na ligação entre passado, presente e futuro, e nas suas múltiplas interacções com o mundo que a rodeia. Procura a tradução no inconsciente da origem de cada problema, reformulando as verdadeiras origens dos sinais e sintomas (Strech, 2001, p. 343).

Comparando o “olhar” psicodinâmico ou psicanalítico com o de ciências humanas muito próximas da pedopsiquiatria o Dr.º João¹ dos Santos refere:

se quisermos sintetizar os pontos de vista das ciências humanas mais relacionadas com a nossa especialidade podemos dizer que o problema da *relação* com outrem é encarado pedagogicamente como uma norma que se *deve* seguir, psicologicamente como um comportamento que se *verifica*, psicanaliticamente como a compreensão da forma particular como cada um de nós viveu uma determinada relação (Santos, 2007, p. 43).

¹ João dos Santos (1913-1987), médico psiquiatra e psicanalista, considerado o fundador da Pedopsiquiatria portuguesa moderna;

2. Problemática

A metodologia de projeto, trave-mestra do trabalho aqui apresentado, orienta-se para as necessidades reais do contexto numa profunda articulação entre teoria e práxis. A problemática em estudo surge no ponto de confluência entre o momento vivido na UIPIA, de profunda reflexão sobre os cuidados prestados às crianças internadas com perturbação do comportamento, a referência, cada vez com mais expressão, da emergência desta situação/problema, e todas as indissociáveis interrogações pessoais e profissionais, que vinculam este projeto a um percurso de aprendizagem e desenvolvimento.

Vários documentos nacionais e internacionais remetem para o aumento do número de crianças que apresentam perturbação do comportamento.

perturbações do comportamento em crianças e adolescentes, patologia esta que sofreu uma explosão nestes últimos anos e de solução muito difícil, surgindo mesmo já no período da latência ou pré-adolescência. Não dão resultados, de uma maneira geral, a medicação e as intervenções psicoterapêuticas individuais, constituindo um verdadeiro desafio para as equipas de saúde mental (Vidigal, 2005, p. 30).

A OMS em 2010, no documento intitulado “Mental Health Promotion in Young People – an Investment for the Future”, referenciando-se ao contexto europeu aponta para uma “nova morbilidade” onde os problemas emocionais, do comportamento e de aprendizagem assumem um papel de destaque:

ao contrário das perturbações físicas, a doença mental é responsável por uma larga e crescente porção dos problemas de saúde entre crianças e adolescentes na Europa. A assim chamada “nova morbilidade”, incluindo problemas emocionais, de comportamento e perturbações de aprendizagem, destacou-se a meio do último século² (p. 1).

A nível nacional no Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental 2007-2016 é também referido o aumento da frequência da perturbação do comportamento em crianças.

constatamos que se tem verificado nos últimos anos quer o aumento da frequência de certos problemas, quer um acréscimo da visibilidade social e mediática de outros, os quais, na sua globalidade, criam uma situação de alarme e de maior consciência social face a estes casos. São de referir,

² “Instead of physical disorders, mental illness accounts for a large and growing share of ill health among children and adolescents in Europe. The so-called “new-morbidity” including emotional problems, conduct problems and learning disabilities came to the fore in the middle of the last century.” (OMS, 2010, p.1)

nomeadamente os maus tratos extremos, os abusos sexuais, a violência e as perturbações do comportamento em crianças cada vez mais novas, os comportamentos auto-agressivos, as depressões e os comportamentos aditivos (Simões Ferreira, 2006) (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007, p 35).

No decorrer do estágio assistiu-se a momentos privilegiados (materializados na passagem de turno e em reuniões de intervisão) de reflexão em torno da gestão dos cuidados a crianças com perturbação do comportamento perante situações intensas de auto e heteroagressividade. O desenvolvimento/prestação de cuidados a crianças com perturbação do comportamento num *setting* individual e/ou de grupo parece mobilizar a equipa remetendo para áreas de maior “complexidade”.

Reportando-nos ao contexto de intervenção em área de dia da infância e ao trabalho desenvolvido com crianças com perturbação do comportamento, os autores apontam para características da intervenção terapêutica que parecem ir ao encontro de algumas das questões levantadas pelos enfermeiros da UIPIA. “Sabemos como é difícil lidar com crianças agitadas e, muitas vezes, com dificuldade em conter as passagens ao acto agressivas. São crianças que com facilidade despertam nos técnicos movimentos contratransferenciais de impotência, zanga e desanimo.” (Carreira & Correia, 2011, p.14).

O contexto agudo de doença com necessidade de internamento remete-nos para um quadro de grande exacerbação de toda esta problemática, onde o descrito parece emergir com grande intensidade.

Interessa neste ponto mobilizar a definição do conceito de perturbação do comportamento numa linguagem utilizada e reconhecida por toda a equipa de cuidados. De acordo com o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-TR (DSM-IV-TR) “a característica essencial da Perturbação do Comportamento é um padrão de comportamento persistente e repetido em que são violados os direitos básicos dos outros ou importantes regras ou normas sociais próprias da idade do sujeito.” (American Psychiatric Association, 2002, p. 94).

Este padrão de comportamento alterado e persistente verifica-se nos vários contextos relacionais da criança, casa, escola, comunidade.

A perturbação do comportamento caracteriza-se, mantendo como referência a classificação do DSM-IV-TR em relação à idade de início como “Tipo Início na Infância” e “Tipo Início na Adolescência”.

Abordaremos ao longo deste trabalho o “Tipo Início na Infância” onde,

os sujeitos com o tipo início na infância são normalmente do sexo masculino, mostram frequentemente agressividade física com os outros, têm relações perturbadas com os companheiros, podem manifestar uma Perturbação de Oposição no início da infância e normalmente têm sintomas que preenchem os critérios de Perturbação do Comportamento antes da fase pubertária (American Psychiatric Association, 2002, p. 95)

Apresentamos em seguida dados em valores percentuais relativos aos anos de 2010 e 2011, no que se refere ao internamento de crianças com perturbação do comportamento na UIPIA. No biénio referido não houve crianças internadas com idades inferiores a 6 anos.

Do total de crianças internadas no ano de 2010 e 2011, dos 6 aos 11 anos (inclusive) foram contabilizadas as crianças com perturbação do comportamento, como sintomatologia à entrada, durante o internamento e como diagnóstico clínico à saída, confirmando o padrão persistente que se vincula à perturbação. Todas as crianças com internamentos nos anos descritos e que não se caracterizaram pelo anteriormente descrito foram classificadas como “outra sintomatologia”. Do total de crianças com perturbação do comportamento caracterizamo-las ainda tendo em conta o género.

Vejamos em seguida os dados referentes a 2010. Do total de crianças, com idades compreendidas entre os 6-11 anos (inclusive) 96% apresentaram perturbação do comportamento como sintomatologia na admissão, ao longo do internamento e como diagnóstico clínico à saída. Com outra sintomatologia/diagnóstico contabilizámos 4% das crianças (Gráfico 1).

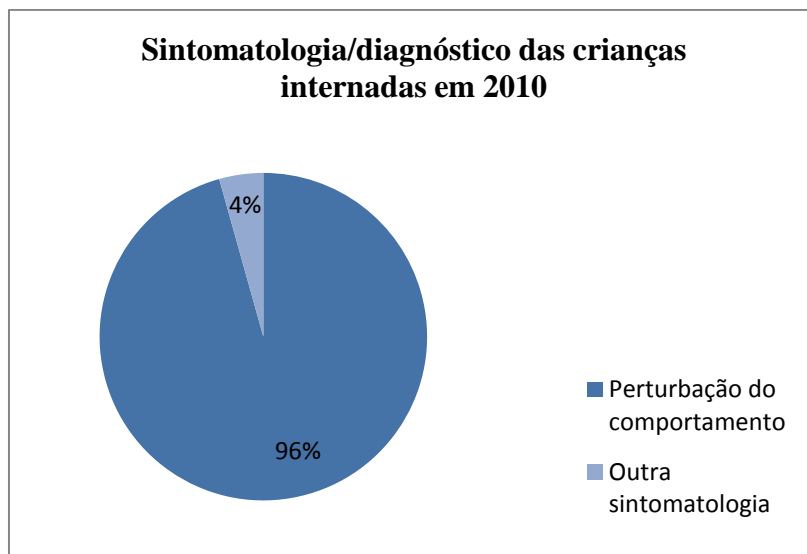


Gráfico 1 - Sintomatologia/diagnóstico das crianças internadas em 2010

Da percentagem total de crianças com perturbação do comportamento, 74% são do género masculino e 26% do género feminino (Gráfico 2), confirmando a tendência anteriormente referida no DSM-IV-TR.

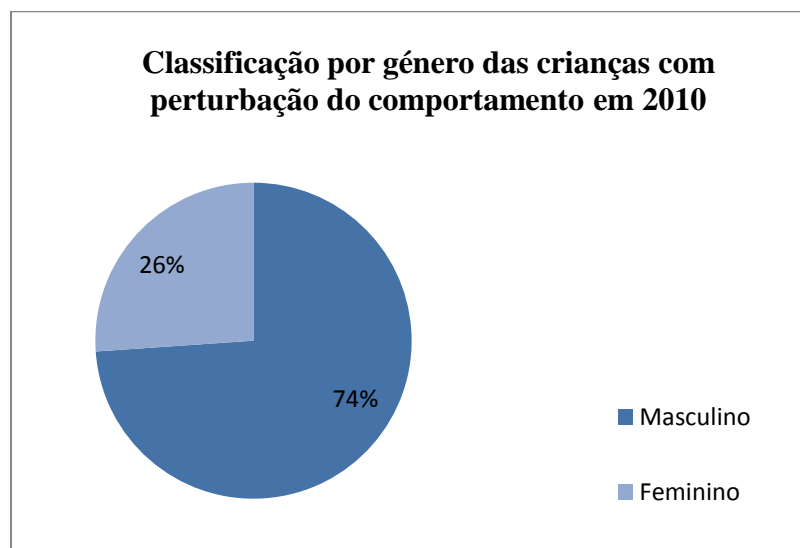


Gráfico 2 - Classificação por género das crianças com perturbações do comportamento em 2010

Em 2011, do total de crianças, com idades compreendidas entre os 6-11 anos (inclusive), 81% apresentaram perturbação do comportamento como sintomatologia na admissão, ao longo do internamento e como diagnóstico clínico à saída. Neste intervalo de idades 19% das crianças apresentavam outra sintomatologia/diagnóstico (Gráfico 3).

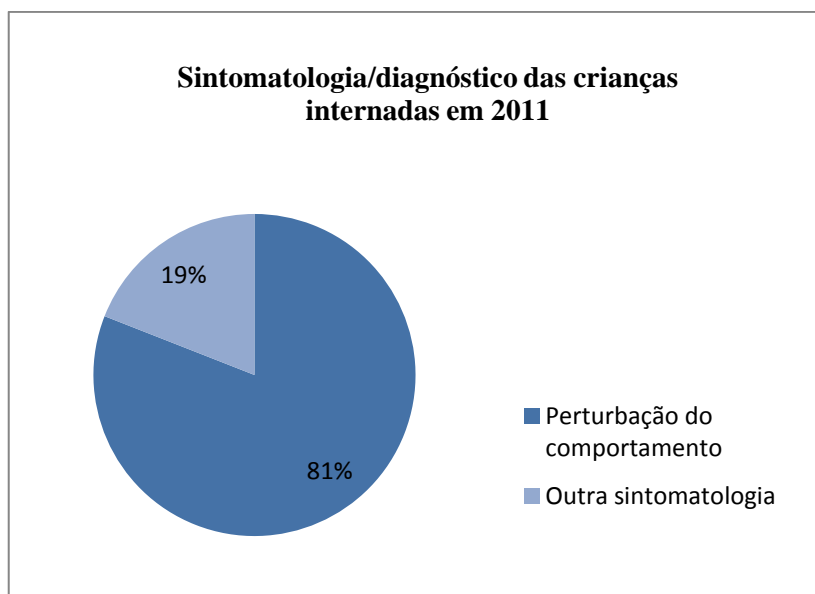


Gráfico 3 - Sintomatologia/diagnóstico das crianças internadas em 2011

Do total de crianças com perturbação do comportamento destaca-se novamente o género masculino, com uma percentagem de 82% (Gráfico 4).

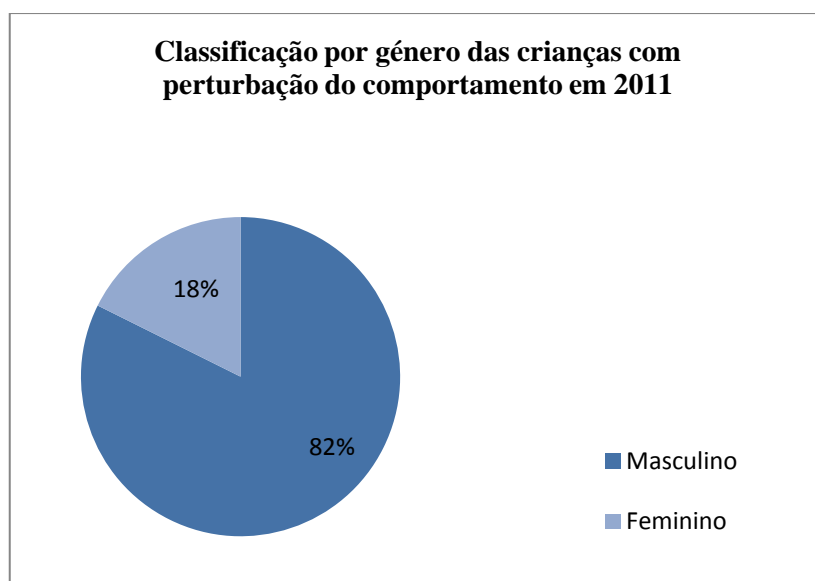


Gráfico 4 - Classificação por género das crianças com perturbações do comportamento em 2011

Torna-se claro pelos dados apresentados que a perturbação do comportamento foi neste biénio, destacadamente, a maior causa de internamento de crianças na UIPIA.

Descrita estatisticamente a ocorrência dos internamentos de crianças com perturbações do comportamento, no ano de 2010 acima dos 90% e em 2011 acima dos 80%,

ganha grande relevo um estudo sobre esta problemática, consubstanciando a relevância dada pela equipa de enfermagem a esta temática.

Interessa pois, integrar e contribuir para o momento vivido na UIPIA e, desta forma, desenvolver um projeto que dê continuidade às reflexões já realizadas, servindo de material de suporte, que formalize, registre e permita o desenvolvimento de muitos dos tópicos emergentes nestes momentos de reflexão. Procuraremos conhecer, descrever, compreender as perspetivas dos enfermeiros acerca da sua intervenção com crianças que apresentam perturbação do comportamento, no que pretende ser um contributo para o estudo da práxis. Uma práxis que vive do presente (na intervenção desenvolvida), mas também do passado (nas intervenções/experiências vividas pelos enfermeiros com crianças com sintomatologia idêntica) e do futuro (em todas as relações/intervenções que se possam vir desenvolver).

3. Questão de partida

Perante o já referido formulámos as seguintes questões de partida:

- Como compreendem os enfermeiros da UIPIA a sua prática/intervenção com crianças com perturbação do comportamento?
- Que áreas descritas de carência/dificuldade podem ser alvo de planeamento e intervenção, ao encontro da melhoria dos cuidados?

4. Objetivos

Interessa-nos estudar a prática clínica, o conhecimento que daí emerge, as suas potencialidades e dificuldades descritas pelos próprios enfermeiros. O (re)conhecimento da prática de cuidados permite uma aproximação ao ambiente de trabalho a partir da experiência dos enfermeiros devolvendo aos próprios o que implícita ou explicitamente é mobilizado no ato de cuidar.

Pretendemos que este projeto possa:

- Permitir uma ampliação do conhecimento e compreensão da ação cuidativa dos enfermeiros face às crianças que apresentam perturbação do comportamento;
- Facilitar, partindo dos dados apresentados, o desenvolvimento de estratégias que fomentem a melhoria dos cuidados.

Definimos como objetivos deste trabalho de projeto:

- a) Identificar áreas da prática referidas pelos enfermeiros face à sua intervenção com crianças que apresentam perturbação do comportamento;
- b) Divulgar à equipa de enfermagem os dados obtidos, promovendo a reflexão com contributos para o (re)conhecimento e desenvolvimento da prática face às crianças já descritas.
- c) Propor intervenções que possam ir ao encontro de áreas de maior carência identificadas pelos enfermeiros.

5. Enquadramento Concetual

Com o enquadramento conceptual apresentado deseja-se somente, de uma forma breve, definir os principais conceitos permitindo uma clarificação dos temas centrais do trabalho. Pretende-se antes, e através da colheita/análise de dados, uma aproximação aos conceitos mobilizados e referidos pelos enfermeiros.

5.1. O comportamento na infância

Na infância o comportamento assume-se como uma forma privilegiada de comunicação. A expressão verbal ainda não se afigura como o meio de comunicação por excelência. “Os comportamentos são uma poderosa forma de comunicação. São a primeira de todas as formas que posteriormente desenvolvemos, e só encontram equivalente posterior na linguagem.” (Strech, 2001, p. 205).

Como forma de comunicação os comportamentos destacam-se como uma ferramenta fundamental que deverá ser tida em conta e mobilizada na intervenção terapêutica. Afirmar o comportamento como uma forma de comunicação implica necessariamente um trabalho de compreensão, “ligando” em conjunto com a criança, a ação, o seu comportamento, aos seus estados internos. “O comportamento é a expressão corporal, motora, de tudo o que se passa no mundo interior, quer a nível consciente, quer inconsciente” (Strech, 2001, p. 204).

Na psiquiatria da infância e adolescência “todos os comportamentos merecem ser compreendidos e traduzidos nos respectivos estados internos (de ansiedade, medo, tensão, raiva, etc.)” (Strech, 2001, p. 206).

Voltemos ao comportamento, ao corpo na dimensão privilegiada que ocupa na expressão e comunicação. “O *corpo* é o organismo humano onde tudo se passa. É com o corpo que se aprende a conhecer e conhecer é relacionar-se com as pessoas, coisas e *situações* em que as pessoas e coisas se relacionam.” (Santos, 2007, p. 271).

A forma de comunicar e de “pensar” altera-se tendo em conta a faixa etária, e acima de tudo, os recursos disponíveis da criança. “O homem que fala, pensa não só com palavras, mas essencialmente com elas. A criança aprende a falar e portanto a pensar com todo o corpo, no exercício corporal ou sensório-motor, a que se pode chamar jogo.” (Santos, 2007, p. 271).

Vários autores têm refletido sobre a perturbação do comportamento, produzindo múltiplas interpretações. Não nos iremos fixar em nenhuma, só mencionar, servindo de pontos de referência, uma vez que o nosso foco é a interpretação/compreensão realizada pela equipa de enfermagem.

(...) a linguagem não serve verdadeiramente de comunicação. A problemática é essencialmente da linha narcísica, dificultando a capacidade em estabelecer ligações, impedindo a mentalização e a simbolização. Quer dizer que neste tipo de funcionamento, face a situações de tensão vividas como feridas narcísicas e de angústia, estas não são geridas psiquicamente, tendo tendência a serem “evacuadas” através da acção (comportamentos disruptivos, violentes, etc.), por consequência, resulta a recusa de uma abordagem directa da sua problemática (Vidigal, 2005, p.31).

Conflitos não mentalizados vividos através da acção num movimento disruptivo. Coimbra de Matos (2002) afirma, “inundando a psique e infiltrando a relação de objecto, que perturbam e desmantelam, o ódio e a agressão escoam-se mais vezes, na idade escolar, através de *perturbações do comportamento*, vale dizer, na patologia do agir ou do *acting-out*.” (p. 399).

Apontamos desta forma para uma expressão agida do conflito, que desemboca na referida “patologia do agir”.

na clínica, verificamos que aquilo que não foi interiorizado e devidamente integrado, durante a primeira infância e fase edipiana, ao nível das identificações no Eu e das identificações no Super-*eu*/Ideal do Eu – isto é, o que não foi assimilado nos processos de introjecção nuclear e orbitária-, tem três destinos naturais; (a) a formação, por clivagem e encapsulamento, de enclaves estranhos e patológicos (com risco de futuro desenvolvimento psicótico), (b) a expressão em conflito agido, ou (c) o estrangulamento por reforço das defesas neuróticas (designadamente, recalcamento, evitamento e isolamento – realizando os três tipos clássicos de neuroses ou personalidade neurótica: histeria, fobia e obsessão) (Coimbra de Matos, 2002, p. 400).

5.2. Latência

A idade estudada ao longo deste trabalho, tendo em conta o desenvolvimento psicosssexual, corresponde ao período da latência.

Sigmund Freud estruturou a teoria do desenvolvimento psicosssexual à volta de cinco estadios libidinais: fase oral (0-18 meses), fase anal (18 meses -3 anos), fase fálica (3-6 anos), fase da latência (6-11 anos), fase genital (a partir dos 11 anos).

a latência, termo originalmente proposto por Fliess, é utilizado pela primeira vez por Freud nos três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade (Freud, 1905). Caracteriza-se por ser um período do desenvolvimento psicosssexual que tem a sua origem no declínio do conflito edipiano, estendendo-se até ao início da puberdade (6/7 anos, 11/12 anos). (Vidigal, 2005, p. 216)

Durante este estadio, a libido, encontra-se, como o próprio nome do estadio faz referência, latente. A criança investe o seu interesse/as suas energias pulsionais na escola, no grupo de pares, noutras atividades socialmente interessantes. As pulsões do Id são canalizadas para a socialização. O Ego torna-se mais consistente reforçado pela ação do Super-Ego conciliando as pulsões com o mundo exterior. Por outro lado, a emergência do Super-Ego desenvolve-se devido ao recalçamento de tendências repressivas com a “resolução” do complexo de Édipo.

Paul Dennis (1993), citado por Vidigal (2005) define a latência como sendo “um primeiro sistema de homeostasia que se instalou entre as instâncias psíquicas: Ego, Id, Super-Ego.” (p.217).

No período da latência os principais mecanismos de defesa emergentes são o recalçamento e a sublimação, com investimento numa “vida criativa”, com as energias pulsionais dirigidas para o conhecimento.

Assiste-se ao desenvolvimento das identificações com a família, com a cultura, com o grupo, num movimento de identificação e socialização. Coimbra de Matos (2001), citado por Vidigal (2005) refere-se à latência como “o período da consolidação das identificações infantis (declínio do complexo de Édipo com formação do Superego/Ideal do Eu pós edipiano) da assimilação dos padrões da cultura. É o período da modelagem ideológica” (p. 218).

A criança vai-se estruturando/organizando em contextos cada vez mais alargados (família, escola e grupo de pares) e consequentemente em novos papéis sociais.

é este interesse por um *mundo inteligível e afectivamente alargado* que caracteriza, na sua essência, a tradicionalmente chamada *idade da razão* – em que predomina a razão lógico-experimental, o raciocínio dedutivo-indutivo, a elaboração das regras do jogo social, a distribuição discriminativa e discriminada dos afectos, a percepção dos papéis sociais e a estruturação do estatuto pessoal desejado e dentro do possível e do permitido (Coimbra de Matos, 2002, p. 396).

Neste alargamento de contextos e interações o meio desempenha um papel preponderante.

nesta fase da latência o meio envolvente tem um papel preponderante pois a criança vai necessitar, como refere Paul Dennis (...) de um *holding* (Winnicott) não dependente tão exclusivamente dos cuidados maternos como nas fases precoces de desenvolvimento do bebé (Winnicott) mas envolvendo, além das figuras parentais, a escola, os professores, e outros, como por exemplo heróis de banda desenhada e actores (Vidigal, 2005, p. 219).

Sendo os estadios de desenvolvimento dinâmicos e intercomunicantes, mais correcto seria referirmo-nos a latências. A maturidade descrita nesta etapa de desenvolvimento implica aquisições consolidadas em estadios anteriores.

a maturidade esperada implica que no passado se conseguiu uma harmonia no desenvolvimento afectivo e intelectual. No plano dos *afectos* foi possível controlar as grandes ansiedades do passado precoce (angústias de fragmentação, separação, etc.) e do passado próximo edipiano (angústias de castração, perda de amor dos pais) (Ferreira, 2002, p. 218).

A descrição, reflexão que acabamos de realizar sobre o estadio da latência parece ser pouco concordante com as características associadas às crianças com perturbação do comportamento referidas anteriormente. Aqui descreve-se a dita “idade da razão”, em cima descreve-se um trajeto de ação. Não pretendemos desenvolver, ou responder a esta questão do ponto de vista teórico, antes remete-la para a etapa de diagnóstico.

5.3. Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

A enfermagem procura, numa lógica de resposta às necessidades de cuidados, pensar e reequacionar a prática clínica numa perspetiva integrada e dinâmica. É essencial procurar subsídios teórico-práticos que respondam de forma, o mais ajustada possível, à complexidade que algumas questões introduzem nos cuidados de enfermagem.

Suportando-nos na teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau destacamos a relação terapêutica como processo central no desenvolvimento dos cuidados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Uma relação terapêutica que se funda na descoberta, no crescimento e desenvolvimento do cliente, do próprio enfermeiro e de forma subsequente, na consolidação e desenvolvimento dos cuidados prestados. “Hildegard Peplau é considerada a mãe da enfermagem psiquiátrica” (Howk, 2004, p. 423). O processo interpessoal e o desenvolvimento de relações interpessoais, enfermeiro-cliente, são o ponto fulcral da sua teoria.

O relacionamento interpessoal é entendido como um processo de aprendizagem e crescimento tanto por parte do cliente como por parte do enfermeiro. Um processo partilhado em que a díade amadurece em função da relação terapêutica, potenciando o crescimento.

Peplau (1952) traça um caminho *com*, não um caminho *para*, destacando o potencial terapêutico da relação, num relacionamento humano e humanizado.

antes do livro seminal de Peplau de 1952, *Interpersonal Relations in Nursing*, a prática de enfermagem envolvia acção sobre, para e pelos doentes. O doente era considerado o objecto da acção de enfermagem e as enfermeiras deviam agir para e pelo doente. O trabalho de Peplau mudou para sempre o carácter da enfermagem ao conceptualizar o doente como parceiro no processo de enfermagem (Howk, 2004, p. 424).

Assim a intervenção de enfermagem legitima-se pela postura de absoluta consideração pelo outro em todas as dimensões que o constituem, num processo significativo onde ambos, enfermeiro e cliente, se desenvolvem. Peplau (1952), citada por Howk (2004) descreve a enfermagem como “um processo significativo, terapêutico e interpessoal. Funciona de forma cooperativa com outros processos humanos que tornam possível a saúde dos indivíduos” (p. 428).

Da relação interpessoal, irrepetível, única, passa-se para o potencial de aprendizagem que esta contém, possível de mobilizar noutras relações terapêuticas. Segundo Peplau

(1952) citada por Howk (2004, p. 426) a “enfermagem psicodinâmica está em ser capaz de compreender o comportamento de uns para ajudar outros a identificar as necessidades sentidas, e a aplicar princípios de relações humanas aos problemas que surgem em todos os níveis de experiência”. No processo de crescimento e desenvolvimento vinculado a cada relação interpessoal o enfermeiro consolida e constrói conhecimento.

“As situações de enfermagem fornecem um campo de observações do qual podem derivar conceitos de enfermagem únicos e usados para a melhoria do trabalho do profissional.” (Howk, 2004, p. 429). Estes “conceitos” fornecendo um campo de observação fornecem também um campo de reflexão e de estudo.

O interesse em investigar a práxis privilegiando as várias dimensões presentes na intervenção do enfermeiro com as crianças com perturbação do comportamento é o foco do nosso trabalho.

Destacamos o contexto da prática clínica como gerador de conhecimento, muitas vezes implícito e pouco evidenciado. Convocamos, Benner (2001) no desenvolvimento do seu trabalho onde a prática de enfermagem e a dimensão do conhecimento que esta contém assumem um papel central. “(...) sabemos pouco sobre os conhecimentos implícitos na verdadeira prática da enfermagem, isto é, aquele conhecimento acumulado ao longo do tempo da prática de uma disciplina aplicada.” (Benner, 2001, p. 31).

Benner (2001) afirma que não só a teoria pode desenvolver a prática como a prática clínica pode desenvolver a teoria dando contributos claros sobre um conhecimento específico da enfermagem.

a prática clínica engloba a noção de excelência; através do estudo da prática, as enfermeiras podem descobrir novos conhecimentos. A enfermagem tem de desenvolver a base de conhecimentos da sua prática (know-how) e, através da investigação e observação científicas, tem que começar a registar e desenvolver o know-how da perícia clínica. Idealmente, a teoria e a prática formam um diálogo que gera novas possibilidades (Brykczynski, 2004, p. 187).

Interessa-nos este diálogo, na forma como cada enfermeiro descreve e reflete sobre a sua prática relativamente a estas crianças, em como a teoria é integrada, articulada ou ampliada na prática de enfermagem, partindo da riqueza e da especificidade do contexto e das relações estabelecidas, remetendo aqui para as relações interpessoais descritas por Peplau.

Embora Peplau funde o seu modelo na teoria psicodinâmica e Benner na fenomenologia acreditamos não gerar conflito a articulação de ambas as autoras para o estudo em

questão. Afirmamos a possibilidade de integrar vários contributos que se articulam na prática de cuidados.

Centremo-nos novamente em Benner e na forma como esta articula teoria e prática.

Benner declarou que a teoria é crucial para formular as perguntas certas a fazer numa situação clínica; a teoria orienta o profissional para procurar os problemas e antecipar as necessidades de cuidados. Existe sempre mais para qualquer situação do que a teoria prevê. A prática competente de enfermagem excede os limites da teoria formal. A experiência concreta fornece aprendizagem sobre as excepções e cambiantes de significado numa situação. O conhecimento contido na prática descobre e interpreta a teoria, precede e amplia a teoria e sintetiza e adapta a teoria na prática de cuidados de enfermagem (Brykczynski, 2004, p. 195).

Benner (2001) faz um caminho de qualificação do conhecimento prático, remetendo para a relação de confiança, excelência e qualidade dos cuidados prestados.

estudar uma prática socialmente organizada permite uma reflexão colectiva que pode construir o conhecimento e criar novas agendas para a investigação. (...) As práticas de cuidar precisam de ser apresentadas e recuperadas (tornadas públicas, por forma a que possam ser legitimadas e valorizadas) porque elas sustentam a relação de confiança que tornam a promoção da saúde, a sua restauração e reabilitação possíveis (Benner, 2001, p. 16).

Descobrir significados contidos na prática de enfermagem desenvolvendo novas compreensões e conhecimento num diálogo permanente de construção com o contexto real parece decisivo.

Benner (1989), citada por Brykczynski (2004) afirma, descreve e desenvolve o conhecimento contido na prática de enfermagem a partir de um contexto real, o seu modelo é situacional. “Benner acredita que o objectivo e a complexidade da prática de enfermagem são demasiado extensos para confiar em visões da prática ou de experiências idealizadas ou descontextualizadas.” (Brykczynski, 2004, p. 200), reforçando que “É necessária uma teoria que descreva, intérprete e explique não um ideal de enfermagem imaginário, mas uma verdadeira enfermagem perita como é praticada no dia-a-dia.” (Brykczynski, 2004, p. 197).

Procura-se compreender a intervenção no sentido de apontar para a emergência de um conhecimento que nasce da própria equipa de enfermagem, consistente não por uma autoridade em si, mas pela sua capacidade de diálogo com o real. Neste ponto os contextos formativos/académicos parecem ter um papel fundamental por se apresentarem como

meios privilegiados de estudo, (re)conhecimento, partilha, e construção.

Este trabalho centra-se no discurso dos enfermeiros, naquilo que se evidencia das suas observações, compreensões, sentimentos, intervenções, intenções e dilemas na vivência e condução dos processos terapêuticos com estas crianças. “Penso que a melhor forma de explicar um domínio consiste em dar a palavra às pessoas que nele trabalham” (Benner, 2001, p. 241). É este o mote do projeto que nos propomos realizar.

Recordemos o percurso até aqui desenvolvido ao longo do enquadramento conceptual, no que se refere à enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Partimos da relação interpessoal descrita por Peplau, profundamente vinculada ao que é próprio do enfermeiro e do cliente e à dimensão de aprendizagem e desenvolvimento que esta promove. Definimos em seguida a procura de um conhecimento que emerge da prática de cuidados, que é *com e para além* da teoria, e que assim sendo, a constrói e contém, chegando ao foco central deste projeto: a práxis clínica dos enfermeiros da UIPIA com crianças com perturbação do comportamento.

“A teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria” (Benner, 2001, p. 61).

6. Metodologia

Este trabalho funda-se na metodologia de projeto. Uma metodologia que considere o estudante como um agente dinâmico, construtor do seu processo de desenvolvimento de competências. Centrada na resolução de problemas, a metodologia de projeto prevê uma forte articulação entre teoria e prática, mobilizando as aprendizagens programáticas, curriculares, para um trabalho que responda às necessidades reais de uma determinada situação. Esta metodologia aplicada à prática clínica potencia o desenvolvimento de competências e o incremento da melhoria contínua dos serviços.

O trabalho que aqui apresentamos construiu-se em profunda concordância com o referido, prevendo os objetivos do contexto académico em permanente ligação com o contexto de cuidados, ponto de partida e chegada de tudo o que foi desenvolvido. Pretendemos estudar a práxis, fazer emergir o conhecimento que nela é mobilizado.

Parece-nos fundamental a utilização de metodologias capazes de “integrar”, reconhecer e desenvolver a intervenção dos enfermeiros. O não desenvolvimento de conhecimento acerca de uma prática específica de cuidados, ou o não reconhecimento do saber mobilizado na mesma, conduz à perda de saberes essenciais, com consequências na construção e “refinamento”/especialização da enfermagem nas suas mais variadas áreas.

Esta metodologia caracteriza-se pela fluidez entre a prática e a teoria, num processo não-linear, mas antes dinâmico e recursivo. Uma metodologia que se vincula profundamente aos interesses dos autores, às questões-problema vividas pelos próprios, numa intencionalidade que suporta um caminho de integração e desenvolvimento.

Acolher a necessidade de desenvolver projetos que possam mobilizar as melhores estratégias na prestação de cuidados, construindo práticas de qualidade e que vão ao encontro das expectativas dos profissionais, da instituição e dos clientes é indispensável.

a organização e a realização do trabalho em moldes de projecto são hoje indispensáveis em diversas esferas da actividade do profissional, possibilitando a gestão das melhores estratégias, a realização de estudos e a coordenação de esforços de vários intervenientes e de elevada importância para a instituição, serviços, profissionais das diferentes áreas e mesmo da comunidade a quem prestamos cuidados (Ruivo, Ferrito, Nunes & Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem, 2010, p. 7).

A metodologia de projeto desenvolve-se tendo em conta as seguintes fases:

“Elaboração do **diagnóstico** da situação;

Planificação das actividades, meios e estratégias;

Execução das actividades planeadas;

Avaliação;

Divulgação dos resultados obtidos” (Ruivo et al., 2010, p. 5).

6.1. Etapa diagnóstica

O diagnóstico é a primeira etapa da metodologia de projeto onde é caracterizado sob várias perspetivas o contexto da situação em estudo. “Visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende actuar e mudar.” (Ruivo et al., 2010, p.10).

Traduz-se no conhecimento da situação em estudo que contempla a identificação de necessidades, potencialidades e recursos.

Prosseguindo com a etapa diagnóstica, tendo como referência o trabalho em curso, é fundamental a identificação das diferentes perceções, cognições e descrições da intervenção dos enfermeiros face a crianças com perturbação do comportamento, bem como, as suas expectativas face a estratégias de melhoria na intervenção. cremos que a etapa de diagnóstico poderá ser em si mesma um momento de interação, de consciencialização e de desenvolvimento da compreensão do real.

o trabalho de projecto é uma metodologia reflexiva, pois é baseada e sustentada pela investigação, de forma sistemática, controlada e participativa que visa identificar problemas e resolvê-los através de acções práticas. A própria população destinatária do projecto é envolvida como sujeito activo o que contribui para conhecer e transformar a sua própria realidade (Ruivo et al., 2010, p. 5).

O diagnóstico da situação, etapa fundadora da metodologia de projeto, vincula-se ao conhecimento, descrição e análise da realidade que se pretende estudar.

em suma, na etapa do diagnóstico da situação definem-se os problemas quer quantitativa quer qualitativamente, estabelecendo-se as prioridades e indicando-se as causas prováveis selecionando-se posteriormente os recursos e os grupos intervenientes. É assim uma etapa que envolve a recolha de informação de natureza objectiva e qualitativa, não descorando o aprofundamento que se pressupõe. (Ruivo et al., 2010, p. 11).

6.1.1. Colheita de dados

Voltando a Benner, presença marcante na investigação da práxis de enfermagem, para examinar o “cuidar”, nós não podemos apoiar-nos em medidas puramente quantitativas e experienciais fundadas no modelo das ciências naturais. A ciência de enfermagem é uma ciência humana conduzida por sujeitos que se auto-interpretam (investigadores) estudando temas que se auto-interpretam (participantes). E os dois grupos podem evoluir no seguimento de uma perspectiva (Heidegger, 1962; Palmer, 1969; Taylor, 1971; Bondieu, 1977). O factor humano não pode ser nem controlado, nem constrangido; só pode ser compreendido e facilitado. É impregnado de significações e de um envolvimento pessoal e cultural (Wrubel, Benher e Lazarus, 1981; Benner, no prelo). As estratégias de estudo devem ter em conta significações e envolvimentos (Benner, 2001, p. 195).

Procuramos a compreensão e a evolução descritas por Benner (2001), num percurso que aqui nos remete para a escolha do instrumento de colheita de dados.

o diagnóstico de situação é a primeira etapa da metodologia de projecto na qual se pressupõe a identificação do problema, através do uso e optimização da utilização de instrumentos de colheita e análise de informação, sendo que a escolha do instrumento de avaliação a utilizar dependerá do contexto em si, da população, entre outros factores (Ruivo et al., 2010, p.15).

Propomo-nos compreender um domínio específico de cuidados. Segundo Benner (2001, p.240) “(...) a melhor forma de explicar um domínio consiste em dar a palavra às pessoas que nele trabalham.”. Dar a palavra aos enfermeiros para que definam, explicitem o seu domínio de cuidados parece-nos claro no que se refere à escolha do instrumento de colheita de dados.

A opção por um estudo qualitativo define-se naturalmente, na procura de conhecimento e compreensão sobre a intervenção de enfermagem face a crianças com perturbação do comportamento, procurando fazer emergir o contexto da práxis. “A finalidade da investigação qualitativa é produzir compreensão do mundo social, dentro dos contextos naturais, dando ênfase aos significados, experiências, práticas e pontos de vista dos que neles estão envolvidos” (Craig & Smyth, 2004, p. 137).

O processo de construção da investigação qualitativa reveste-se da relação dialo-gante entre os autores e os sujeitos da investigação e do autor em relação a si próprio uma vez que as suas características individuais devem ser tidas em conta no desenvolvimento e condução do projeto.

na investigação qualitativa há um claro reconhecimento de que o viés do observador não pode ser evitado. Pelo contrário, uma revelação clara de preconceitos e suposições que podem influenciar a colheita e a análise dos dados, torna-se parte da condução da pesquisa. Por conseguinte, é comum o investigador proporcionar uma breve avaliação do seu viés pessoal – revelação – de forma a encorajar que as vozes dos informantes sejam as que emergem no final (Craig & Smyth, 2004, p. 138).

Acreditamos que a parte II deste trabalho, referente ao desenvolvimento das competências de mestre, na qual se evoca o percurso da autora, contribui grandemente para a revelação do “viés pessoal”, procurando conferir um maior rigor ao trabalho aqui apresentado, num profundo respeito pelos princípios éticos que acompanharam em permanência o seu desenvolvimento.

A pesquisa qualitativa é indutiva, os conceitos, ideias e entendimentos são desenvolvidos a partir da colheita de dados. Realizamos na fase inicial deste trabalho um breve enquadramento conceptual, de forma a definir os conceitos mobilizados permitindo uma clarificação dos seus eixos organizadores, mas entende-se, como fundamento deste projeto que sejam os dados colhidos a revelar as significações e construtos mobilizados pela própria equipa de enfermagem na intervenção com as crianças descritas. É a partir dos dados colhidos que se irão desenvolver conceitos, ideias e entendimentos.

a investigação qualitativa é indutiva, em oposição à dedutiva: a investigação emana do terreno. Começa com a observação dos fenómenos, “construtos”, explicações ou compreensões, a partir das quais se podem gerar teorias. Nalguns casos, os investigadores optam por uma estratégia aberta e não estruturada, recusando impor referenciais teóricos e conceitos pré-formulados antes do estudo (Bryman, 1998, Glaser & Strauss, 1967). Alternativamente, a investigação qualitativa pode ser influenciada por uma dada teoria que fundamenta questões a serem colocadas e a quem, e permite ainda, que possam emergir dados de forma a poder-se explorar até que ponto o referencial teórico é suportado pelos resultados da investigação (Craig & Smyth, 2004, p. 138).

Consideramos pertinente recorrer ao *focus group* como instrumento de colheita de dados ao encontro do conhecimento mobilizado na práxis dos enfermeiros da UIPIA na intervenção com crianças com perturbação do comportamento.

O *focus group* é considerado uma técnica qualitativa de recolha de dados que tem como principal objetivo permitir/potenciar o emergir de diversas dimensões e visões de vários elementos de um determinado grupo face a um determinado tema. “A finalidade principal dessa modalidade de pesquisa era extrair das atitudes e respostas dos participan-

tes do grupo, sentimentos, opiniões e reacções que se constituiriam num novo conhecimento.” (Galego & Gomes, 2005, p. 175).

O *focus group* integrando os estudos de natureza qualitativa procura a compreensão dos fenómenos numa produção de sentidos e significados. “As entrevistas do *focus group* dão ao investigador a oportunidade de estudar o modo como os membros do grupo coletivamente analisam um tópico e constroem significados à sua volta. (Bryman, 2004) (trad. do autor)”³ (Doody, Slevin & Taggart, 2013, p.17).

Retomando a citação de Benner (2001) referenciada no início desta secção e afirmando o carácter reflexivo que o *focus group* promove no decorrer da sua operacionalização, vincamos o propósito compreensivo e de procura de desenvolvimento no caminho percorrido neste trabalho.

esta é pois a grande inovação do *focus group*, já que, em nosso entender, supera os dualismos redutores que opõem em termos absolutos sujeito-objecto, ao mostrar que, no decorrer do processo de investigação o sujeito objecto de observação, vai transformando as suas estruturas cognitivas, através das relações recíprocas que estabelece no decorrer da operacionalização da técnica, auto-descobrendo-se e, portanto, emancipando-se (Galego & Gomes, 2005, p. 179).

O *focus group* potencia um espaço de debate, expressão e reflexão à volta de um tema comum aos participantes podendo contribuir, desta forma, para a (re)construção do seu próprio posicionamento face a esse tema.

este instrumento permite não só que se crie um espaço de debate em torno de um assunto comum a todos os intervenientes, como também permite que através desse mesmo espaço os participantes construam e reconstruam os seus posicionamentos em termos de representação e de actuação futura (Galego & Gomes, 2005, p. 179).

O *focus group* permitir-nos-á aceder a um “saber em construção” (não definitivo), próprio de uma determinada configuração numa dinâmica de grupo onde as respostas individuais de cada elemento suscitam e potenciam a reflexão sobre o tema. “Cada *setting* clínico tem os seus *standards* de cuidados, graus de independência e interdependência dos outros profissionais de saúde, riscos envolvidos e repercussões relacionados com as decisões implícitas (trad. do autor)”⁴ (Simmons, 2010, p. 1155). A equipa de enfermagem é

³ “Focus group interviews give the researcher the opportunity to study the ways in which members of the group collectively make sense of a topic and construct meanings around it. (Bryman, 2004).” (Doody, Slevin & Taggart, 2013, p.17)

⁴ “Each practice setting has its own standards of care, degrees of independence and interdependence with other healthcare professionals, risks involved and repercussions related to implied decisions.” (Simmons, 2010, p. 1155)

território criador e contentor de todas estas particularidades, assim sendo também espaço de descoberta e revelação.

O objetivo do *focus group* não é chegar a um consenso mas pelo contrário a uma exposição ampla de ideias por parte do grupo tendo como foco a temática já referida. É função do moderador promover a participação de todos os elementos, assegurando o foco em relação aos objetivos definidos.

Foi realizada a divulgação do *focus group* em documento dirigido a toda a equipa de enfermagem, que perfazia um total de 12 elementos. Esta informação continha a finalidade (âmbito académico do trabalho de projeto) e tema do *focus group* - Intervenção com crianças com perturbação do comportamento dos 6 aos 11 anos. No *focus group* estiveram presentes sete enfermeiros numa equipa total de 12 que passarei a nomear de E1 a E7 (Quadro 1). Dois dos elementos participantes do género masculino e cinco do género feminino. Todos eles a trabalhar há mais de dois anos na UIPIA.

Enfermeiro	Habilitações Académicas	Formação Profissional	Tempo de exercício Profissional na UIPIA
E1	Licenciatura enfermagem		2 anos
E2	Mestre em Sociologia A realizar Doutoramento em Enfermagem	Especialidade em enfermagem de saúde mental e psiquiatria; Formação psicoterapêutica. (realizou processo psicoterapêutico)	12 anos
E3	Licenciatura enfermagem		2 anos
E4	Licenciatura enfermagem	A frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria	8 anos
E5	Licenciatura enfermagem	A frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria	4 anos
E6	Licenciatura enfermagem	A frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria	4 anos
E7	Licenciatura enfermagem	A frequentar formação numa Sociedade Psicoterapêutica (realizou processo psicoterapêutico)	2 anos

Quadro 1 - Caracterização dos participantes

O papel de moderador foi desempenhado pela autora e o de co-moderador pelo Professor Doutor Joaquim Lopes. Reconhecendo e aceitando, como já foi referido, o envolvimento da autora neste trabalho, destacamos mais uma vez que os dados apresentados são resultado de um momento específico de interação (*Focus group*) entre a autora (moderador), o co-moderador e os participantes (enfermeiros). Os dados são desta forma construídos, não recolhidos, depreendendo-se a participação do autor como sujeito subjetivo ainda que assumindo com rigor o papel de moderador e tendo em conta as questões éticas que legitimam todo o trabalho desenvolvido.

O *focus group* teve a duração aproximada de 1h16m.

As preocupações éticas ao longo da recolha e tratamento dos dados foram constantes, desde a garantia de confidencialidade e anonimato até à utilização de procedimentos que assegurem o fidedigno tratamento dos dados. No momento do *focus group* foi solicitada a autorização aos enfermeiros presentes para a gravação do mesmo em suporte áudio, o consentimento unânime dos enfermeiros ficou gravado no mesmo registo.

6.1.2. Análise de dados

A análise dos dados constitui-se como um processo de formação de sentido, de significado. Os dados necessitam de ser organizados e compreendidos. Um processo complexo composto por avanços e retrocessos que acompanhou o percurso deste trabalho. O objetivo é transformar o material obtido numa organização que tenha sentido e significado tendo em conta os objetivos do trabalho desenvolvido. Utilizou-se a análise de conteúdo para organizar e analisar os dados obtidos.

Bardin (2009) define análise de conteúdo como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.” (p.44).

Segundo a mesma autora a análise de conteúdo organizam-se em torno de três fases “1. A pré-análise; 2. A exploração do material; e, por fim, 3. O tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação” (Bardin, 2009, p.121).

A fase da pré-análise aponta para a transcrição, organização e sistematização da informação obtida. Organiza-se o material sistematizando as ideias iniciais.

A exploração do material, segunda fase da análise de conteúdo caracteriza-se pela codificação da informação, os dados em bruto são organizados determinando as categorias, subcategorias e as unidades de registo pertinentes.

a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão das características comuns destes elementos (Bardin, 2009, p.145).

O tratamento dos dados comporta as inferências e interpretações possíveis de se realizar, numa análise cuidadosa, no rigor e respeito pelos princípios éticos e deontológicos, tendo em conta o material recolhido e organizado. Procura-se, nesta etapa, destacar as informações fornecidas pela análise.

Reafirmamos que este trabalho pretende ser um contributo para a compreensão da intervenção. Espera-se revelar detalhes de um contexto clínico específico alcançando uma maior compreensão da intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, na infância e adolescência, face às crianças já descritas. Acreditamos que este conhecimento se investe de grande potencial para a clarificação, partilha e melhoria das práticas clínicas, permitindo ainda, e a partir dos próprios intervenientes, uma aproximação à conceptualização de uma área específica de cuidados. Fazer emergir os conceitos que suportam e constituem a práxis parece-nos preponderante no encalce de práticas de excelência, procurando o mais alto grau de especificação face a um contexto de cuidados particular.

Não procuramos descrever um quadro definitivo, antes dinâmico e situacional. “Supor que é possível consignar todas as etapas da prática de enfermagem, é supor que os cuidados de enfermagem seguem um andamento processual e não global” (Benner, 2001, 70)

Na sequência da realização do *focus group* e após análise da sua transcrição identificaram-se para a dimensão *Intervenção dos Enfermeiros de uma UIPIA face a crianças com perturbações do comportamento com idades compreendidas entre ao 6 e 11 anos*, várias categorias: *Sinais e sintomas*, *Pressupostos explicativos*, *Relação terapêutica*, *Intervenções desenvolvidas* e *Intervenções a desenvolverem*. Por sua vez estas categorias dividem-se em várias subcategorias como apresentado na grelha de análise – Quadro 2.

Dimensões	Categorias	Subcategorias
Intervenção dos Enfermeiros de uma UIPIA face a crianças com perturbações do comportamento com idades compreendidas entre ao 6 e 11 anos.	Sinais e sintomas	Heteroagressividade
		Passagem ao ato
		Dependência relacional
	Pressupostos explicativos	Perturbações da vinculação
		Disfunção familiar
	Relação terapêutica	Características da relação
		Compreensão das crianças
		Compreensão de si
	Intervenções desenvolvidas	Cuidar o vínculo
		Intervenção com a família
		Gestão do ambiente psicossocial
		Expressão da agressividade
		Contenção Ambiental – quarto de confinamento
		Contenção física/contenção emocional
		Dar significado
	Intervenções a desenvolver	Intervenção familiar
		Articulação com a comunidade

Quadro 2 - Grelha de análise

Apresentamos em seguida cada categoria em separado, com as subcategorias e as unidades de registo que lhe são associadas, criando o contexto para a análise dos dados. Pareceu-nos ser de grande relevância a exposição desta informação ao longo do corpo do trabalho (e não em anexo) favorecendo o acompanhamento por parte do leitor do percurso que foi realizado.

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo	n	UE
Sinais e sintomas	Heteroagressividade	<p>E7 - “(...) as questões da heteroagressividade, basicamente, quer com os outros miúdos do grupo, quer num contexto mais individual, connosco”</p> <p>E3 - “O risco que há pelos outros jovens... de provocarem os outros jovens e eles também descompensarem. Temos algumas situações em que há miúdos que são provocados por outros e ficam mais agressivos ou mais agitados... é preciso a nossa mediação sempre.</p> <p>E7 - “Temos noção que um potencia o outro e assim sucessivamente”</p> <p>E6 - “inquietação, agressividade dirigida aos outros miúdos”</p> <p>E7 - “O conflito em permanência”</p>	3	5
	Passagem ao ato	<p>E5 - “(...) a inquietação constante em que estão, a necessidade de estarem sempre a fazer alguma coisa, sempre, sempre, sempre...”</p> <p>E3 - “Irritabilidade fácil”</p> <p>E5 - “A questão da passagem ao ato com toda a gente”</p> <p>E7 - “São mesmo muito na linha do agir e do pouco expressar verbalmente... têm pouca capacidade de elaboração (...)”</p>	3	4
	Dependência relacional	<p>E5 - “Necessitam de estar em interação constante com um elemento”</p> <p>E1 - “(...) Necessitam de estar sempre em relação”</p>	2	2

Quadro 3 - Categoria Sinais e sintomas

Relativamente à categoria - *sinais e sintomas* (Quadro 3), identificados e referidos pelos enfermeiros, foram criadas às seguintes subcategorias: *heteroagressividade*, *passagem ao ato* e *dependência relacional*.

Debrucemo-nos sobre a subcategoria *heteroagressividade*.

A heteroagressividade é descrita como presente na relação com o grupo de pares e com os técnicos, com referência ao “*conflito em permanência*” (E7). Emerge, também, decorrente da heteroagressividade a necessidade permanente de mediação “(...) *é preciso a nossa mediação sempre*” (E3).

Surge, em profunda relação com o já descrito, a subcategoria - *passagem ao ato*, associada a um quadro de irritabilidade fácil, inquietação e pouca capacidade de elaboração. Descritas como crianças que apresentam grande inquietação, sempre a agir. A formulação do discurso de um dos enfermeiros, parece remeter para o próprio movimento, quase numa espiral, “(...) *a necessidade de estarem sempre a fazer alguma coisa, sempre, sempre, sempre...*” (E5).

Crianças “(...) *na linha do agir (...)*” (E7), parecendo ser esta a forma como se relacionam e comunicam com os técnicos e o grupo das outras crianças internadas. A expressão verbal, como meio de comunicação, é ainda pouco desenvolvida/utilizada “*pouco expressar verbalmente*” (E7) e com “(...) *pouca capacidade de elaboração*” (E7).

Por último, apresenta-se a subcategoria - *dependência relacional*. É enfatizada por dois enfermeiros a necessidade que estas crianças apresentam de “(...) *estar sempre em relação (...)*” (E1), em “(...) *interação constante(...)*” (E5) remetendo para uma grande dependência relacional.

Em linha de continuidade com os sinais e sintomas enunciados nas unidades de registo (UR), revisitamos o artigo sobre o trabalho desenvolvido com crianças com perturbação do comportamento numa área de dia:

as crianças, na sua maioria, são crianças agitadas e turbulentas, que privilegiam o agir – e não a palavra – como forma de expressão do seu sofrimento psíquico. Com fraca capacidade de pensar e pensar-se, à necessidade de agir permanentemente aliam a agressividade “sem objectivo”, aparentemente sem significado relacional. (...) A acção é utilizada para exprimir as angústias, sendo que este modo de expressão não é uma escolha mas, pelo contrário, é quase a sua única possibilidade. Há, portanto, um insucesso no processo de mentalização (Carreira & Correia, 2011, p.8).

Síntese

Esta categoria - *sinais e sintomas* funda-se num “primeiro olhar” sobre o sujeito da intervenção. Sinais e sintomas descritos, em detrimento de outros, que desta forma assumem um papel relevante. Somos remetidos para uma descrição geral, para o que os enfermeiros mais identificam quando se faz referência a crianças com perturbação do comportamento.

Referidos como sinais e sintomas mais frequentes, fundando e dando nome às três subcategorias já descritas, temos a heteroagressividade dirigida aos enfermeiros e aos pares, a passagem ao ato, e a necessidade de estar permanentemente em relação.

Passamos em seguida à apresentação e análise dos resultados da categoria - *Pressupostos explicativos* (Quadro 4).

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo	n	UE
Pressupostos explicativos	Perturbações da vinculação	E2 - “Existem alterações, perturbações da vinculação, não há um desenvolvimento que tenha vínculos securizantes para a criança ir construindo e organizando a sua identidade, ir organizando o seu esquema corporal, ir integrando os seus limites. Quando eles aparecem aqui, aparecem desta forma, vêm mesmo numa situação limite, porque há muitos destes miúdos que mantêm este padrão de relação e de comportamento durante muitos anos lá fora em vários contextos, quer na escola, quer em casa e quando chegam aqui chegam no limite (...)”	2	2
	Disfunção familiar	E7 - “eu associo normalmente, por tudo o que tenho verificado, a uma disfunção familiar. A maior parte destes miúdos que chegam com alterações de comportamento, normalmente não têm uma estrutura familiar, uma base de suporte que seja contentora, que seja, que tenha capacidade para lidar com estas situações.” E1 - “Famílias com dificuldade de impor limites.”	1	1

Quadro 4 - *Pressupostos explicativos*

Os pressupostos explicativos ou referenciais teóricos mobilizados pelos enfermeiros têm profunda interferência na organização dos cuidados.

Carr afirma de acordo com Kitson (1993), que consciente ou inconscientemente os mapas conceituais, incluindo ideias sobre assuntos como enfermagem, saúde e cuidado, influenciam a prática. Fitzgerald et al. (2003) sugerem que a análise da prática das equipas de enfermagem pode revelar as filosofias implicitamente aceites que orientam o seu trabalho⁵ (trad. do autor) (Carr, 2004, p. 851).

⁵ “According to Kitson (1993), conscious or unconscious conceptual maps, including ideas on issues such as nursing, health and caring, influence practice. Fitzgerald et al. (2003) suggest that examination of the practice of nursing teams can uncover the tacitly agreed philosophies guiding their work.” (Carr, 2004, p. 851)

Vários estudos realizados documentam a influência dos pressupostos explicativos na intervenção de enfermagem:

a profunda influência do conhecimento e das perspectivas filosóficas ou de valores dos enfermeiros foi demonstrada num estudo de McCarthy (2003b). Ela demonstrou que a vasta variação na habilidade dos enfermeiros para identificar confusão aguda em adultos idosos hospitalizados pode ser atribuída a diferentes perspectivas filosóficas dos enfermeiros sobre o envelhecimento. Os enfermeiros “inadvertidamente” adotam uma de três perspectivas na saúde do envelhecimento: a perspectiva do declínio, a perspectiva da vulnerabilidade, ou a perspectiva da saúde. Estas perspectivas influenciam as decisões que os enfermeiros tomam e os cuidados que prestam⁶ (trad. do autor) (Tanner, 2006, p. 206).

A forma como os sinais e sintomas são compreendidos, interpretados e integrados em vários quadros compreensivos tem uma forte influência na estruturação dos cuidados.

É a organização de conceitos comuns, de forma particular, que estrutura a especificidade de uma determinada prática de cuidados, dando contributos para a clarificação do conhecimento mobilizado na práxis.

todos os enfermeiros podem utilizar os mesmos conceitos, por exemplo o de saúde, necessidade, cuidado e parcerias. No entanto, como Wold and Dagg (2001) sublinham, em relação às escolas de enfermagem, é a organização e agregação de conceitos em esquemas específicos que os torna aplicáveis a diferentes tipos de prática de enfermagem. Essa agregação de ideias ou a noção semelhante de Schon de “framing” (enquadramento) é significativa para a articulação do conhecimento base e do raciocínio clínico para diferentes tipos de prática.⁷ (trad. do autor) (Carr, 2004, p. 851)

Nesta categoria - *Pressupostos explicativos* somos remetidos para dois quadros referenciais, que dão nome às subcategorias construídas, as *perturbações da vinculação e disfunção familiar*.

As perturbações da vinculação remetem-nos para Bowlby⁸ que desenvolveu conjuntamente com os seus colaboradores a Teoria da Vinculação. Esta teoria funda-se nos

⁶ “The profound influence of nurses’ knowledge and philosophical or value perspectives was demonstrated in a study by McCarthy (2003b). She showed that the wide variation in nurses’ ability to identify acute confusion in hospitalized older adults could be attributed to differences in nurses’ philosophical perspectives on aging. Nurses “unwittingly” adopt one of three perspectives on health in aging: the decline perspective, the vulnerable perspective, or the healthful perspective. These perspectives influence the decisions the nurses made and the care they provided.” (Tanner, 2006, 206)

⁷ All nurses may engage with the same concepts, for example health, need, care and partnerships. However, as Wold and Dagg (2001) highlight, in relation to school nursing, it is the organizing and clustering of concepts into particular frameworks that make them applicable to different types of nursing practice. This ‘clustering’ of ideas or Schon’s similar notion of ‘framing’ is significant in articulating the knowledge base and clinical reasoning for different types of practice. (Carr, 2004, 851)

⁸ Bowlby (1969/1990) - psiquiatra, psicanalista e teórico das Relações de Objeto

laços estabelecidos entre a criança e o cuidador primário. “O desenvolvimento humano é visto como um processo de criação e manutenção de vinculação à figura primária de vinculação e a outras pessoas significativas.” (Gomez, 2005, p. 167).

São estes vínculos que permitem à criança organizar a informação ambiental em modelos dinâmicos de funcionamento interno basilares na representação que tem de si próprio, das figuras de vinculação e do ambiente que a rodeia “as experiências reais que as pessoas têm nas relações contribuem para um «modelo interno de trabalho» do mundo que inclui representações cognitivas, emocionais e comportamentais do *self*, do outro e da relação que medeia a sua ligação.” (Gomez, 2005, p. 166).

Modelos internos dinâmicos fundados nas interações com as figuras cuidadoras e intimamente relacionados com as estratégias possíveis de mobilizar para fazer face a uma determinada situação.

desta forma, os padrões precoces de regulação emocional evoluem no sentido de diferentes estratégias para lidar com situações adversas e emocionalmente exigentes, traduzindo-se a sua influência na formação do auto-conceito do sujeito, nas estratégias de coping que utiliza para lidar com a ansiedade, nas distorções cognitivas na percepção de acontecimentos interpessoais que faz e nos mecanismos de regulação do afecto que usa, podendo actuar como factores de vulnerabilidade ou desprotecção (Pinhel, Torres & Maia., 2009, p. 510).

Tanto a proximidade com a figura de vinculação como a exploração do ambiente são fatores importantes na definição do padrão de vinculação. Mary Ainsworth, colega de Bowlby e co-fundadora da Teoria da Vinculação estruturou um procedimento de observação a que deu o nome de “«a situação desconhecida»” (Gomez, 2005, p.170). Neste procedimento inclui mães e bebés até ao primeiro ano de idade, introduzindo para além dos fatores já descritos, como fator central a avaliação da forma como o bebé e a mãe lidam com a separação. “As relações assim expostas são classificadas em três categorias principais, que vão desde a vinculação segura até à vinculação insegura” (Gomez, 2005, p.170).

Estes padrões influenciam a forma como a criança se vincula nas várias relações que estabelece, com impacto no seu desenvolvimento social e emocional ao longo da vida. Na UR em que há referência às perturbações da vinculação o enfermeiro remete para os esquemas internos referidos ou padrões de relação mantidos no tempo “(...) *mantêm este padrão de relação e de comportamento durante muitos anos (...)*” (E2). Presumimos, ainda na exploração da mesma UR, que o enfermeiro ao referir-se a perturbações da vinculação se referencia a vinculações inseguras, evitantes, ambivalentes ou desorganizadas, e no

impacto que estes tipos de vinculação possam ter no desenvolvimento da perturbação do comportamento.

Num estudo desenvolvido por Pinhel et al. (2009) intitulado “Crianças institucionalizadas e crianças em meio familiar de vida: Representações de vinculação e problemas de comportamento associado” verificou-se menor ocorrência de comportamento agressivo em crianças com representações de vinculação seguras e coerentes.

no que toca às relações entre a segurança/coerência das representações de vinculação e os problemas de comportamento, verificou-se uma correlação negativa e significativa entre a Escala de Comportamento Agressivo e a segurança/coerência das representações de vinculação através do ASCT. Assim, quanto maior é a segurança/coerência das representações de vinculação menos frequente é o comportamento agressivo. (Pinhel et al., 2009, p. 518)

Os mesmos autores afirmam a relação entre “problemas de comportamento” e qualidade das representações de vinculação.

em suma, pode considerar-se a confirmação dos pressupostos teóricos da Teoria da Vinculação que prevê serem as crianças mais seguras as mais habilitadas a demonstrar um desempenho sócio-emocional superior, manifestando menos comportamentos desajustados, o que foi ao encontro do que se verificou nesta investigação. De referir que a qualidade das representações de vinculação se associa negativamente aos problemas de comportamento manifestados. Em função do meio de vida (familiar ou institucional) surgiram representações de vinculação mais ou menos seguras, parecendo determinantes no tipo de comportamento expresso. Assim, de salientar a consistente ligação entre as representações mentais e os respectivos comportamentos para a saúde mental das crianças. (Pinhel et al., 2009, p. 519)

Para além das perturbações da vinculação como pressupostos explicativos para a perturbação do comportamento é referida a disfunção familiar que se estrutura na próxima subcategoria em análise. Reconhecendo a importância dos vínculos estabelecidos na relação com os cuidadores primários e afirmando os vários tipos de vinculação e a relevância destes padrões nas relações futuras, equacionamos agora, na subcategoria - *disfunção familiar* uma perspetiva onde o contexto familiar e a sua organização são tidos como pressupostos explicativos da perturbação do comportamento.

independentemente da sua base genética ou constitucional, os comportamentos aprendem-se, modelam-se, e são sempre um sinal claro da forma como decorre a relação da criança com o mundo que a rodeia, que por ordem de importância nos levará da família, à escola, à sociedade. Por isso tendemos muito a pensar em espelho perante determinadas queixas de comportamento de uma criança: é muito tensa? O que viveu ou sentiu como muito tenso à sua volta? É distraída, agitada, agressiva? Quem dela se lembrou, quem a tranquilizou, o que sentiu ela como agressivo ou pouco satisfatório? (Strech, 2001, p. 206).

São variadas as características sociofamiliares descritas na literatura e a sua relação com o desenvolvimento de “problemas de comportamento”, aqui, mais centradas no desenvolvimento de comportamentos agressivos. Webster-Stratton, Gaspar & Seabra-Santos (2012)⁹ descrevem características familiares/parentais e socioeconómicas que reforçam a inexistência “ (...) *de uma base de suporte que seja contentora* (...)” (E7), a dificuldade em “(...) *impor limites*” (E1) e a ineficácia de estratégias para “(...) *lidar com estas situações* (...)” (E7) (perturbação do comportamento já instalada).

A interdependência dos sistemas vincutivos tanto os individuais referentes às características dos sujeitos envolvidos na relação, como os contextuais estão em profunda continuidade e influenciam a qualidade dos vínculos estabelecidos. Podemos desta forma estabelecer uma ligação entre as duas subcategorias referentes aos *Pressupostos explicativos*.

Hill, Fonagy, Safier e Sargent (2003), no artigo “The Ecology of Attachment in the Family” sugerem que a teoria da vinculação é uma ferramenta adequada para compreender a interdependência entre os processos individuais e familiares referindo-se a processos de vinculação de várias ordens: dual, familiar, num contínuo de complementaridade.

O’Gorman (2012), no artigo “Attachment Theory, Family System Theory, and The Child Presenting with Significant Behavioral Concerns” relaciona a teoria da vinculação e a teoria sistémica, com as questões da perturbação do comportamento na infância, afirmando que a perturbação do comportamento está ligada ao funcionamento do sistema familiar onde a mudança numa das partes influencia o sistema no seu todo.

⁹ “Parents and children develop coercive interactions that stem in part from a negative reinforcement pattern in which parents acquiesce to children’s defiant requests and escalating demands (Patterson et al., 1992). In turn, the parent uses harsh or abusive discipline practices when the child escalates to severe misbehavior. Specific parent interpersonal characteristics put parents and children at risk for developing these maladaptive interactions including parent psychopathology, interparental conflict and divorce, depression and maternal insularity and lack of support (Knutson, DeGarmo, Koepl, & Reid, 2005). Finally, low income is a significant risk factor for the early onset of conduct problems in young children. Poverty and its related aggregation of stressful risk factors (i.e., unemployment, crowded living conditions, high life stress, low education, illness, and high residential mobility) have deleterious effects on parenting, including the development of abusive disciplinary practices (Collins, Maccoby, Steinberg, Hetherington, & Bomstein, 2000).” (Webster-Stratton, Gaspar & Seabra-Santos, 2012, p. 158)

como tal, os comportamentos preocupantes estão ligados ao funcionamento atual de todo o sistema familiar, a mudança numa parte dele (isto é, nos sintomas da criança) vai provavelmente ter impacto noutras partes (isto é, a natureza das relações familiares), sendo o reverso também verdade.”¹⁰ (trad. do autor) (O’Gorman , 2012, p. 9).

No artigo já referenciado, sobre o trabalho desenvolvido numa área de dia com crianças com perturbação do comportamento, tendo em conta os pressupostos explicativos, os autores referem: “São crianças que, de uma maneira geral, vivem carências precoces, massivas, em que parece ter havido, por parte dos pais, a impossibilidade de transformar as angústias precoces num movimento, não corporal mas do pensamento e consequentemente de utilizar a palavra.” (Carreira & Correia, 2011, p.14).

Síntese

O (re)conhecimento dos pressupostos explicativos que os enfermeiros mobilizam numa determinada situação de cuidados é fundamental, tendo em conta, a profunda ligação que estes têm com a forma como os sinais e sintomas são compreendidos, interpretados e integrados. É a organização de conceitos comuns de forma particular que estrutura a especificidade de uma determinada prática de cuidados.

Na categoria - *Pressupostos explicativos* destacam-se as subcategorias - *Perturbações da vinculação* e *Disfunção familiar*.

No que se refere às perturbações da vinculação apresentou-se o estudo de Pinhel et al. (2009) que estabelece uma relação entre “problemas de comportamento” e a qualidade das representações de vinculação.

Na análise da subcategoria *disfunção familiar* Webster-Stratton et al. (2012) apresentam vários estudo que relacionam características sociofamiliares com sinais e sintomas associados a perturbação do comportamento na criança.

Para finalizar relacionaram-se ambas as subcategorias num contínuo de interdependência e complementaridade entre os processos de vinculação individuais e familiares.

Em seguida será analisada a categoria - *Relação terapêutica* (Quadro 5).

¹⁰ “As such, behavioral concerns are tied to the current functioning of the entire family system and a shift in one part (i.e., the child’s symptoms) is likely to impact upon other parts (i.e., the nature of family relationships), with the reverse also being true.” (O’Gorman, 2012, p. 9)

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo	n	UE
Relação terapêutica	Características da relação	<p>E7 - “Estes miúdos precisam de um enfermeiro só para eles”</p> <p>E7 - “ (...) normalmente implicam uma intervenção mais individualizada, e num turno que possam estar 2, 3 enfermeiros, normalmente um fica mais mobilizado para esse tipo de problemática, para esse tipo de jovens (...)”</p> <p>E5 - “(...) muitas vezes precisam de ser separados do grupo e de uma intervenção mais individual, precisam de estar em relação dual”</p> <p>E5 - “Essa miúda precisava de estar em relação dual permanentemente... não conseguia... e depois procurava isto (...)”</p>	2	4
	Compreensão das crianças	<p>E7 - “Aquele murro e aquele pontapé têm um sentido para eles, às vezes não é fácil para nós descodificar, o que é que aquilo significa.”</p> <p>E5 - “Acho que o mais difícil quando se começa aqui a trabalhar é conseguir olhar para o comportamento destes miúdos e perceber que realmente este comportamento também cumpre uma função, que esta agressividade não é dirigida a nós e que tem um significado...acho que isso para mim foi o mais difícil.”</p> <p>E2 - “A dificuldade é sempre perceber o que é que está aqui na base, a gente vai mexer onde, em quê? Eles vêm, partem, destroem, a gente contem (...)”</p> <p>E6 - “ele está a expressar alguns sentimentos...não o consegue fazer de outra forma.”</p> <p>E1 - “São sempre manifestações”</p>	5	5
	Compreensão de si	<p>E1 - “...eu sinto-me particularmente mais angustiada, quando temos... quando já chega ao tempo limite e temos que os conter ambientalmente, temos de encaminhar para o quarto. Inicialmente, agora tentamos que expressem a agressividade nos colchões, mas acho que às vezes...nem sempre é possível. As minhas angústias ainda têm muito haver com estas situações mais individualizadas.”</p> <p>E7 - “obviamente que numa fase inicial me fazia uma certa confusão e tinha, confesso, que um certo receio...”</p>	5	12

		<p><i>e é uma coisa que tem de ser gerida ao longo do tempo e trabalhada em equipa e discutida nomeadamente sob formas de intervenção. Como é que podemos lidar com essas situações.”</i></p> <p><i>E7 – “ (...) se calhar é isso que nós sentimos, ou pelo menos eu sinto esta dificuldade porque têm pouca capacidade de elaboração... também face à idade em que estão ”</i></p> <p><i>E1 – “no F. fiquei um bocado na dúvida, porque é um miúdo mal tratado e na altura achei que ele pudesse viver aquilo também como um mau trato...”</i></p> <p><i>E7 - “ (...) mas nós também temos o nosso limite e com a S. eu senti isso, senti que cheguei a um ponto que a minha intervenção não estava a ser securizante para aquela jovem, não estava a ajudar completamente e acho que é um trabalho também a desenvolver entre nós, que é: eu estou a chegar ao ponto que...olha L. olha Lu., olha S. eu preciso, eu não estou a conseguir, tenta tu. Eu acho que isso é um trabalho a desenvolver mais ... ao longo do tempo.”</i></p> <p><i>E6 – “Eu acho que é muito interessante, nós percebermos que não conseguimos fazer mesmo mais nada, nem que seja naquele turno...às vezes não conseguir mais gera uma contra-atitude contra os miúdos, e é importante pedir ao colega... talvez daí a dois turnos já consigamos. Acho que é muito importante nós pedir-mos ajuda.”</i></p> <p><i>E7 – “eu acho que não é desvalorizar o nosso trabalho, bem pelo contrário.”</i></p> <p><i>E3 – “O nosso trabalho exige muita disponibilidade, acaba por exigir muito mais disponibilidade da nossa parte e de facto se nós não estivermos tão disponíveis...todos temos o direito de um dia não estarmos tão bem e é mais difícil de gerir estas situações, há menos disponibilidade.”</i></p> <p><i>E6 – “Se fizermos 3 tardes seguidas e se nessas tardes tivermos de conter sempre o mesmo miúdo... isso leva ao limite.”</i></p> <p><i>E2 – “tenho essa perceção, quer em mim quer em</i></p>		
--	--	--	--	--

		<p><i>muitas pessoas na equipa, que acabamos por ter uma maior ressonância afetiva com estes miúdos porque são miúdos pequenos, alguns deles com birras, birrentos mas são miúdos afetivos ainda, são miúdos que têm este comportamento mas são miúdos afetivos e nós conseguimos (...)”</i></p> <p>E6 – “<i>dá para chegar não é (...)”</i></p> <p>E2 – “<i>dá para chegar e os miúdos recompensam isso também, porque depois de uma birra, daquelas enormes no quarto, eles a seguir abraçam-se a nós, e isto passa, este afecto passa.”</i></p> <p>E7 – “<i>Criamos laços com estes miúdos, é um bocado como estava a dizer, estes pequenos meninos são aqueles às vezes que nós mais facilmente nos agarramos, ficamos mais ligados a eles.”</i></p>		
--	--	--	--	--

Quadro 5 - Categoria *Relação terapêutica*

Ao longo do *focus group* emergiram de forma muito consistente conteúdos fortemente relacionados com o estabelecimento e a natureza da relação terapêutica, vinculados tanto à compreensão e consciência dos enfermeiros em relação a si próprios, como à compreensão das crianças descritas. Interessa ainda agrupar nesta categoria o que designamos de características da relação terapêutica onde de uma forma mais abrangente, (não tão particularizada) os enfermeiros caracterizam a relação terapêutica que estabelecem com estas crianças. Desta forma, e pelo que já referimos, designamos esta categoria de *Relação terapêutica*.

Retomamos Peplau (1990), teórica basilar nos conteúdos aqui mobilizados face à relação e à intervenção terapêutica. A autora destaca a relação interpessoal estabelecida entre o cliente e o enfermeiro como uma relação terapêutica onde cabem os significados e a compreensão de ambos no contexto da relação vivida, enfatiza tanto a importância do enfermeiro reconhecer e compreender os seus próprios sentimentos/pensamentos, mobilizando-os na relação interpessoal estabelecida, como a necessidade de compreender os “significados” do cliente numa relação terapêutica particular. A citação já apresentada ao longo deste trabalho “A enfermagem é um processo significativo, terapêutico e interpessoal.” (Howk, 2004, p. 428) assume-se como pano de fundo ao longo desta categoria, que se organiza e estrutura em subcategorias que refletem conceitos destacadamente relaciona-

dos com a teoria de Peplau. Temos, desta forma, no que se refere à categoria *relação terapêutica*, as seguintes subcategorias: *Características da relação*; *Compreensão das crianças*; *Compreensão de si*.

Na subcategoria *Características da relação* clarifica-se a referência à relação dual, já implícita na primeira categoria (*sinais e sintomas*) em referências como “(...) *Necessitam de estar sempre em relação*” (E1). A relação dual define-se aqui como o conceito central aglutinador de várias unidades de registo, caracterizando-se pela necessidade de “*uma intervenção mais individual*” (E5), de um para um, “*estes miúdos precisam de um enfermeiro só para eles*” (E7).

A relação dual remete-nos para estádios precoces de desenvolvimento, onde a criança se encontra, ainda, marcadamente na dependência de um *outro* e do meio. Afastamo-nos desta forma da latência, como já se indiciava no enquadramento conceptual, como estadio de desenvolvimento. A referência ao estabelecimento de relações duais remete-nos para organizações pré-ediípiacas, distanciando-nos, desta forma, do complexo de Édipo como marco central, e assim, da relação triangular, para nos aproximarmos de uma compreensão da relação dual, onde como foi referido a intervenção necessária procura o individual [“*intervenção mais individual*” (E5)], numa relação de marcada dependência. A relação de dependência não é uma relação a três, pode até nem ser uma relação a dois, ainda na descoberta do eu e do não-eu, do dentro e fora numa etapa de estruturação desses “espaços”.

A relação dual é foco de abordagem pelos teóricos das Relações de Objeto “Um enquadramento de Relações de Objecto coloca o ser humano num mundo dual de relação externa e interna. Cada um destes mundos afecta o outro.” (Gomez, 2005, p. 14).

Estes teóricos destacam as relações interpessoais estabelecidas entre os objetos. “Objeto” aqui utilizado na distinção entre o que é próprio do sujeito e o que é destinatário de investimento. “O termo «objecto» não se refere a uma coisa inanimada, mas é uma transferência da ideia freudiana de alvo ou objecto da pulsão. Em termos das Relações de Objecto, ele é utilizado no sentido filosófico da distinção entre o sujeito e o objecto.” (Gomez, 2005, p. 14).

Clarificamos que a abordagem das Relações de Objeto não se remete a uma sistematização teórica única antes a um conjunto de autores. O autor Bowlby referido na categoria *Pressupostos explicativos* insere-se nesta abordagem teórica. “A tradição das Relações de Objecto não é um desenvolvimento teórico sistemático e sequencial mas, sim,

um vago conjunto de perspectivas diferentes e, muitas vezes, em conflito, que partilham as premissas básicas das Relações de Objecto: que a necessidade de relação é fundamental e o *self* constituído por relações internas de nível tanto consciente como inconsciente.” (Gomez, 2005, p. 15).

Balint¹¹ (1968), citado por Gomez (2005) destaca três modos de relação: modo dual, modo edipiano e modo de um termo.

Abordaremos em seguida o modo dual referido pelos enfermeiros nesta subcategoria e a descrição do modo edipiano, vinculado à latência, ponto de partida deste trabalho.

o modo dual ou de dois termos é mais primitivo. Há muito pouco ou nenhum espaço para qualquer coisa além do *self* e do outro, e mesmo estes podem ser apenas vagamente diferenciados, tal como na mistura harmoniosa original. A simbolização não é possível porque ela presume uma realidade exterior aos dois participantes; no modo de dois termos não existe nenhum espaço simbólico, apenas os dois seres. As palavras e os símbolos são experienciados como o mesmo que os objectos a que se referem (...) (Gomez, 2005, p. 126).

No modo edipiano,

modo de funcionamento a três termos, em que a mãe, o pai, e a criança são transpostos para os três termos: *self*, outro e objecto (separado) ou, em alternativa, *self*, objecto e símbolo. Neste modo tripartido, a criança experiencia a palavra ou o símbolo como diferentes dela, enquanto utilizadora da palavra, e diferente do que esta representa, apesar de estar ligada a ambas. Isto significa que pode utilizar a linguagem para comunicar ideias, pois existe uma área que pode ser separada das duas partes que comunicam (Gomez, 2005, p. 126).

A referência à relação dual remete-nos para uma nova perspectiva que como vimos não corrobora a informação apresentada no enquadramento conceptual. A descrição dos enfermeiros coloca estas crianças num estadio de desenvolvimento muito inferior à idade cronológica a que corresponderia o estadio da latência.

Dando continuidade à construção e análise desta categoria surge ao longo da mesma a referência de vários enfermeiros ao significado do comportamento, numa aproximação e compreensão das crianças fundando a subcategoria - *Compreensão das crianças*.

A convicção de que “(...) *este comportamento também cumpre uma função*”(E5), se vincula a uma expressão “*ele está a expressar alguns sentimentos...não o consegue fazer de outra forma.*” (E6), aparece na quase totalidade das unidades de registo. Um comporta-

¹¹ Balint (1896-1970), um dos teóricos que se enquadra na Teoria das Relações de Objecto.

mento que expressa uma mensagem que o enfermeiro tenta significar, “(...) *descodifica* (...)”(E7). O comportamento assumindo-se como meio privilegiado de expressão na proporção do “*pouco expressar verbalmente*” (E7) (como descrito na categoria *sinais e sintomas*) e da “*pouca capacidade de elaboração*” (E7) (igualmente descrito na categoria *sinais e sintomas*)

Uma das unidades de registo parece clarificar o percurso desenvolvido até à compreensão do comportamento das crianças, remetendo para conceitos fundamentais da relação terapêutica: “*Acho que o mais difícil quando se começa aqui a trabalhar é conseguir olhar para o comportamento destes miúdos e perceber que realmente este comportamento também cumpre uma função, que esta agressividade não é dirigida a nós e que tem um significado...acho que isso para mim foi o mais difícil.*” (E5). Parece claro um caminho de reconhecimento e evolução onde a intervenção se diferencia na afirmação da especificidade dos cuidados. Uma evolução/aprendizagem que reconhece sentido e procura compreender a expressão afastando-nos de um registo descrito por Strecht (2002, p. 166) “ (...) rapazes e raparigas (...) cujas perturbações psicossociais, quer sejam elas reveladas nas dificuldades escolares quer nos comportamentos adictos ou destrutivos, se constituem ainda hoje como as únicas formas de doença que em vez de serem tratadas são, simplesmente, punidas ou castigadas”.

Nesta UR parece ainda estar presente um caminho de entendimento da dinâmica transferencial e contratransferencial, basilar em todo o processo de intervenção terapêutica ou de âmbito psicoterapêutico. “A consciência da contratransferência e o seu conhecimento permitem a devolução ao paciente daquilo que ele não soube ou não pôde exprimir por palavras” (Ferreira, 2002, p. 457).

Detenhamo-nos um pouco na expressão das crianças com perturbação do comportamento, importa aqui remeter para o reconhecimento não só da palavra mas do movimento, da ação, numa dimensão expressiva na busca descrita pelos enfermeiros de comunicação e compreensão face a estas crianças. O corpo, o comportamento como “aparelho”, como meio de comunicação privilegiado. Evocamos João dos Santos precursor da psiquiatria da infância e adolescência em Portugal numa reflexão sobre o corpo. Nesta citação a ênfase recai sobre a profunda dimensão comunicante que o corpo (neste trabalho visto através do comportamento) pode assumir, principalmente em estádios precoces do desenvolvimento emocional onde estas crianças se encontram.

ter corpo não é apenas ter cabeça, tronco, olhos, nariz e boca, ser gordo ou magro, louro ou moreno, ter dores de barriga ou constipar-se...TER CORPO é ter um organismo que funciona em termos de fazer funcionar o seu interior sensível aos símbolos externos, ternos ou agressivos; um corpo que seja susceptível de estabelecer uma conexão entre essa vida interior e a superfície cutânea, os membros, os órgãos internos. A pele da criança pode falar em termos de aproximação e de distância, na gestão da distância. TER CORPO é utilizar o espaço gestual que a separa doutrem, TER CORPO é possuir um aparelho de reflexão. TER CORPO é até, e de uma forma elementar, protestar com todo o corpo ou com os órgãos internos, nas numerosas doenças misteriosas com que a criança reage às incompreensões do ambiente repressivo ou rejeitante do mundo dos adultos, dos seus conceitos e preconceitos (Santos, 2007, p. 273).

O corpo, o comportamento, olhado neste sentido da expressão e da comunicação, ao qual é reconhecida a necessidade de ser compreendido, explicado e significado. Em profunda ligação com a necessidade de significar/compreender a expressão/comunicação veiculada através do comportamento destas crianças, emerge a compreensão que os enfermeiros têm de si próprios na relação terapêutica, abordada na próxima subcategoria - *Compreensão de si*.

Nesta subcategoria são referidos sentimentos de angústia, “(...) *eu sinto-me particularmente mais angustiada (...)*” (E1), num trabalho que exige maior disponibilidade, “*O nosso trabalho exige muita disponibilidade, acaba por exigir muito mais disponibilidade da nossa parte e de facto se nós não estivermos tão disponíveis... todos temos o direito de um dia não estarmos tão bem e é mais difícil de gerir estas situações, há menos disponibilidade.*” (E3).

A UR de um dos enfermeiros referindo-se à contenção física remete para as “dúvidas” suscetíveis de serem experienciadas ao longo da intervenção “*no F. fiquei um bocado na dúvida, porque é um miúdo mal tratado e na altura achei que ele pudesse viver aquilo também como um mau trato...*” (E1).

O reconhecimento e verbalização de sentimentos e outros fatores que possam interferir na relação terapêutica constituem-se como um pilar basilar na intervenção terapêutica. Vidigal e Guapo (2003) referindo-se a crianças com autismo ou psicoses precoces, também elas em estádios muito precoces de desenvolvimento referem:

com estes pacientes vivenciamos uma gama enorme de emoções, frequentemente violentas. Se podemos sentir essas emoções e se conseguirmos pensá-las, a contra transferência passará a ser uma informação viva do que está a acontecer no universo mental dos pacientes. (...) A possibilidade de conhecermos essas emoções, no sentido do conhecimento vivo, dentro de nós, é que nos defronta com a inevitabilidade de nos vermos próximos dos nossos impulsos, da nossa violência e da nossa dor. Uma vez que possamos conviver com essas experiências emocionais e utilizar essas informações provavelmente teremos mais um “precioso aliado.” (parada Franch, 1996) (p. 199).

Várias unidades de registo remetem para o limite que aqui parece ser utilizado tendo em conta duas dimensões que se influenciam mutuamente: o reconhecimento do limite individual e os limites que parecem sustentar a própria relação terapêutica, “ (...) *mas nós também temos o nosso limite e com a S. eu senti isso, senti que cheguei a um ponto que a minha intervenção não estava a ser securizante para aquela jovem (...)*” (E7).

O reconhecimento e a comunicação do *seu* limite aos colegas ao longo da intervenção é valorizado, ora como importante, ora como um trabalho a desenvolver mais, suscitando a mobilização da equipa para o suporte na vivência destas relações, “ (...) *acho que é um trabalho também a desenvolver entre nós, que é: eu estou a chegar ao ponto que...olha L. olha Lu., olha S. eu preciso, eu não estou a conseguir, tenta tu. Eu acho que isso é um trabalho a desenvolver mais...ao longo do tempo.*” (E7).

Uma outra UR remete para o limite associado a um determinado momento, um “momento limite” onde “(...) *não conseguimos fazer mesmo mais nada, nem que seja naquele turno (...)*” (E6). Reconhece-se nesta UR a possibilidade de o enfermeiro *conseguir* num outro momento, parecendo suportar-se esta “possibilidade” de retorno à relação, novamente no suporte da equipa, evitando com isto o desenvolvimento de “contra-attitudes” em desfavor das crianças: “*Eu acho que é muito interessante, nós percebermos que não conseguimos fazer mesmo mais nada, nem que seja naquele turno...às vezes não conseguir mais gera uma contra-atitude contra os miúdos, e é importante pedir ao colega...talvez daí a dois turnos já consigamos. Acho que é muito importante nós pedirmos ajuda.*” (E6).

Tudo isto parece remeter para tópicos de grande relevância vinculados à preservação da integridade da relação terapêutica, referenciando-nos para momentos em que os enfermeiros sentem não ser possível fazer “*mais nada*” dentro dos limites e do contexto da relação terapêutica possível de se estabelecer com estas crianças.

Na expressão de um dos enfermeiros parece ainda haver referência clara ao limite no sentido da exaustão associada à sobrecarga de trabalho, “*Se fizermos 3 tardes seguidas e se nessas tardes tivermos de conter sempre o mesmo miúdo...isso leva ao limite.*” (E6).

Se por um lado há o reconhecimento de sentimentos de medo, angústia, dos limites da relação e do reconhecimento da mesma como exigindo uma maior disponibilidade, por outro, os enfermeiros remetem para os laços possíveis de se estabelecer com estas crianças, “*tenho essa percepção, quer em mim quer em muitas pessoas na equipa, que acabamos por ter uma maior ressonância afetiva com estes miúdos porque são miúdos pequenos, alguns deles com birras, birrentos mas são miúdos afetivos ainda, são miúdos que têm este comportamento mas são miúdos afetivos e nós conseguimos (...).*” (E2). Crianças afetivas, mais pequenas a quem os enfermeiros ficam “ligados”, “*Criamos laços com estes miúdos, é um bocado como estava a dizer, estes pequenos meninos são aqueles às vezes que nós mais facilmente nos agarramos, ficamos mais ligados a eles.*” (E7).

Estas unidades de registo parecem unir e sedimentar o percurso até aqui construído, afirmando de forma explícita a *relação significativa* (Peplau) estabelecida entre os enfermeiros e estas crianças, que assumimos como basilar na emergência dos conteúdos aqui apresentados.

Síntese

Esta categoria *Relação terapêutica* centra-se em três núcleos profundamente comunicantes e intimamente ligados, por um lado os conteúdos referentes aos enfermeiros, inscritos na subcategoria *Compreensão de si*, por outro lado, o que na descrição dos enfermeiros parece pertencer/ser próprio destas crianças contido na subcategoria *Compreensão das crianças* e as *Características da relação* que se vincula à relação estabelecida entre ambos, crianças e enfermeiros.

A subcategoria - *Características da relação* remete para o estabelecimento de relações duais. A descrição dos enfermeiros coloca estas crianças num estadio de desenvolvimento psicosssexual muito inferior ao correspondente à idade cronológica. Esta compreensão é fundamental quando se perspetiva o desenvolvimento de intervenções que pretendem ir ao encontro das necessidades apresentadas.

O comportamento é reconhecido na subcategoria - *Compreensão das crianças* como a forma privilegiada de expressão, dando “voz” às suas necessidades, ao seu mal-estar, constituindo-se como um conteúdo latente que os enfermeiros tentam significar.

É marcada, principalmente na subcategoria - *Compreensão de si* a capacidade destes enfermeiros identificarem sentimentos vividos na relação terapêutica com estas crianças e da necessidade explícita de reconhecer e pedir ajuda quando sentem ter atingido o “limite” promovendo e preservando o contexto da relação terapêutica. O “vínculo relacional” descrito também nesta subcategoria cimenta tudo o que até aqui foi descrito, nomeando o forte vínculo relacional que implicitamente se ia intuindo.

Nesta categoria a subcategoria *Compreensão de si* regista o maior número de expressão tanto em termos de unidades de enumeração (UE-12) como em termos de sujeitos participantes (n-5).

Parece haver um desenvolvimento de competências destes enfermeiros na aproximação à competência F1 do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, p. 3), principalmente no que se refere à identificação de emoções, sentimentos que podem interferir na relação terapêutica: “F1.1.1. Identifica no aqui — e — agora emoções, sentimentos, valores e outros factores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e ou equipa multidisciplinar.” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, p. 4), bem como no reconhecimento dos limites que preservam a relação “F1.1.3. Mantém o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico.” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, p.4).

Tendo em consideração o Quadro 1 - Caracterização dos participantes verifica-se que dois dos enfermeiros realizaram um percurso psicoterapêutico individual remetendo para processos de auto-conhecimento que promovem e facilitam a competência anteriormente referida. Quatro dos sete enfermeiros participantes no *focus group* encontravam-se em formação, três deles a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátria e um outro a frequentar um curso de formação numa sociedade psicoterapêutica. Destaca-se, desta forma, uma forte componente de formação ao encontro do desenvolvimento de competências especializadas na área de cuidados como a referida anteriormente.

Analisemos em seguida a categoria – *Intervenções desenvolvidas*.

Categoria Intervenções desenvolvidas	Subcategoria	Unidade de registo	n	UE
	Cuidar o vínculo	<p>E2 - “<i>nós aqui estamos a tomar conta deles de uma forma organizadora, de uma forma afetuosa, é dar sempre em tudo o que fazemos com eles...as intervenções terapêuticas são fundamentais e temos aí algumas que são muito boas para eles, mas eu acho que nós às vezes, nem valorizamos tanto tudo o resto que é só estabelecer a relação com eles, estabelecer estes vínculos, estar só aqui a tomar conta deles, cuidar deles, tomar conta neste sentido de cuidar e ajudá-los a perceber isso, a... eu acho que isso é muito importante.</i>”</p> <p>E2 - “<i>O que é que resulta com estes? Eu acho que resulta acima de tudo estabelecermos um vínculo, eu acho que é fundamental, e estes miúdos vinculam-se sempre a alguém, sempre. Há sempre um ou outro enfermeiro a quem eles se vinculam muito mais e é fundamental esta relação ser estabelecida e depois poder-se viver. Eu acho que às vezes é mesmo só viver as relações, alguém que se preocupa com eles nos cuidados de higiene ou na alimentação, na vida que eles levam aqui. Lá fora ninguém se preocupa muitas vezes, são miúdos que estão completamente abandonados, que estão... que ninguém dá nada (...)</i>”</p> <p>E2 - “<i>Eu acho que estamos a falar é um bocado, perante os comportamentos dos miúdos qual é o comportamento que eu vou ter, como é que eu entendo o problema que o miúdo tem e o que é que eu vou desenvolver para conseguir dar resposta. Às vezes andamos à procura, e temos um projeto a avançar para fazermos uma sala muito bonita, com equipamento, para passar escalas xpto e às vezes não é muito nesses momentos xpto, é no que está à nossa mão, que somos nós, os miúdos e os pais.</i>”</p>	1	3
	Intervenção com a família	E6 - “ <i>Na intervenção com as famílias a questão é perceber até onde a gente pode ir, de que forma é que se pode contornar as coisas para ter uma intervenção adequada e bem aceite por parte dos familiares, como chegar aquela família? É mais fácil chegar ao miúdo</i> ”	6	9

		<p><i>do que chegar à família.”</i></p> <p>E5- <i>“Eu sinto essa dificuldade.”</i></p> <p>E3 - <i>“Estas famílias normalmente têm muita dificuldade em se pôr em causa.”</i></p> <p>E7 - <i>“é um bocadinho isto, o tempo, mas se calhar sentimos a mesma dificuldade inicial com a mãe do D., por exemplo, não estamos a por em causa a atitude e a postura das mães. Estamos a por em causa é esta reação a estas alterações de comportamento. A mãe do D. inicialmente também não percebia isto...a diferença está no fator tempo, porque obviamente temos limitações institucionais que não nos permite trabalhar isso. O D. esteve cá 2 meses, ao final de dois meses se calhar a mãe para nós já estava mais ciente das dificuldades do jovem, o S. teve cá semanas? 3/4 e aí tem de ser trabalhado num pós... numa terapia familiar. Por exemplo numa intervenção em ambulatório...uma intervenção continuada no tempo faz toda a diferença, mas também não podemos prolongar estes internamentos. Estamos em contexto de internamento de agudos. E se calhar é isso que sentimos um bocado, é essa frustração de quando está... parece que vai embora... eu sinto isso. Como é que ele se pode ir embora já?”</i></p> <p>E7 – <i>“a questão agudo aqui prende-se mais com a questão do próprio miúdo”</i></p> <p>E2 - <i>“nos casos em que os miúdos são pequeninos e muito pequeninos, nós percebemos que o trabalho com a família é importante, se tivermos meninos maiores isso já é um disparate. Mas se tivermos meninos maiores isso vai ter uma atitude reparadora.”</i></p> <p>E4 - <i>“não, não é habitual porque os internamentos são curtos e depois é assim... isso nós conseguimos fazer quando são mais prolongados e também se calhar quando nós identificamos que precisamos de intervir mais em determinada área, se calhar já estamos a chegar ao fim do internamento.”</i></p> <p>E2 – <i>“E nós também não podemos ter uma atitude culpabilizadora da família senão as famílias não vêm.”</i></p>		
--	--	---	--	--

		E2 – “ <i>Se os meninos são meninos maus, que se portam mal e fazem um monte de disparates, chegam cá e os profissionais vão responsabilizar os pais por isso (...)</i> ”		
	Gestão do ambiente psicossocial	<p>E1 - “É preciso ajudá-los a estruturar as suas coisas”</p> <p>E2 - “Temos de os ajudar a estruturar-se e só podemos fazer isto com cuidados estruturados”</p> <p>E5 - “<i>estava-me a lembrar das atividades terapêutica e da importância que elas têm na gestão, nem é bem na gestão, mas se calhar, como forma... se as atividades estiverem estruturadas, se com aquela atividade eu estou a ter um objetivo com aquele grupo, se calhar eu... as coisas quando são mais estruturadas a probabilidade de poder vir a... de um miúdo iniciar um comportamento disruptivo, se calhar, também baixa um bocado. Depende de vários fatores. Mas reforço a importância das atividades estruturadas.</i>”</p> <p>E7 - “<i>(...) acho que uma das maiores dificuldades é gerir um grupo em que não estão só elementos com essa idade.</i>”</p> <p>E6 – “<i>principalmente quando temos vários miúdos com alterações do comportamento, não é só um são mais, dois, três, isso complica tudo.</i>”</p> <p>E6 – “<i>temos de ver de que forma as atividades podem ser direcionadas para esses miúdos, temos de os separar (...)</i>”</p> <p>E3 – “<i>Os miúdos potenciam-se uns aos outros, se nós tivemos 3 miúdos com alterações do comportamento ou 4 internados, gerir um turno com estes miúdos é complicado, como vocês sabem, se um começa a “descompensar”, depois isto começa em cadeia, começa um e depois começa outro...</i>”</p>	6	7
	Expressão da agressividade	<p>E2 - “<i>reproduzem novamente esse padrão de relação e depois há estas intervenções que nós temos no internamento, no quarto dos colchões, onde tentamos que eles expressem a agressividade.</i>”</p> <p>E1 - “<i>(...) tentamos que expressem a agressividade no quarto dos colchões...mas nem sempre é possível</i>”</p> <p>E6 - “<i>Estava-me a lembrar do G., ele quando...duas vezes que eu tive com ele no quarto em que ele estava</i></p>	3	3

		<i>a expressar a agressividade nos colchões e não conseguia parar e... no fim conseguiu...pediu um abraço e ficou muito emocionado de ter conseguido.”</i>		
	Contenção Ambiental / quarto de confinamento	<p>E7 - “É um espaço para os proteger, o miúdo, ou a miúda, mas acima de tudo todo um grupo. É um espaço onde eu posso proteger não só o grupo em que o jovem ou a rapariga está inserido, mas acima de tudo ele. É um espaço vazio, nós não temos paredes coloridas, é um espaço neutro acima de tudo em que os jovens não só com colchões mas com outros materiais que nós temos lá dentro, podem construir o seu próprio ambiente, e nós vemos muitas vezes uma procura, por exemplo, como uma coisa tão simples como uma tenda em que eles se colocam e eles próprios constroem.”</p> <p>E5 - “Para mim é como um espaço securizante, essencialmente é um espaço securizante.”</p> <p>E3 - “É construído à medida deles e à medida das necessidades.”</p> <p>E3 - “E, às vezes, sem que eles tenham sinais evidentes de... sem que eles passem diretamente ao ato eles já vão para o quarto, no sentido de aquilo ser mais direcionado e estarem naquele ambiente...eles aceitam muito mais facilmente, ficam menos ansiosos.”</p> <p>E5 - “Por exemplo o P. no outro dia depois quis ficar lá, sei lá, para aí 30’/45’...teve lá deitado nos colchões depois acabou até por dormir. Eles gostam de utilizar os colchões para fazer as cabaninhas.”</p> <p>E7 - “depois é preciso perceber um bocadinho este espaço, podemos entrar no espaço deles? Podemos entrar nesta “cabana” ou tenda? É um bocado gerir isso, gerir o tempo deles, eles podem querer construir isso, tudo bem, mas nós não precisamos de entrar logo.”</p>	3	6
	Contenção física/contenção emocional	E5 - “O que eu sinto é que muitas vezes quando nós encaminhamos para o quarto e procuramos utilizar os mediadores para expressar, há situações em que resulta, noutras estes miúdos precisam de um abraço, de serem contidos. Precisam de um abraço para conse-	2	4

		<p><i>guirem parar, é isso que eu sinto muitas vezes. Ainda esta semana tive uma situação com a M. com o P. na 3f. Em que nós tentamos inicialmente que ele expressasse a agressividade contra, em direção aos colchões, às almofadas, mas não foi, não estava a ser eficaz e depois realmente quando conseguimos de certa forma conte-lo e abraça-lo, foi acalmando progressivamente, estava bastante angustiado.”</i></p> <p><i>E2 - mas realmente muitas vezes o objetivo nem é tanto expressarem é muito mais, às vezes é muito mais securizante o envolvimento, o conter, o abraçar com o próprio corpo ou até fazer alguma maternage. Isso é muito mais securizante do que propriamente...expressar estão eles fartos de expressar!”</i></p> <p><i>E5 - “na contenção...a importância de nós termos reforçado que estávamos ali para o ajudar, que era para ele ficar mais tranquilo, que íamos continuar ali. Todo o procedimento é em função disso, não é uma coisa punitiva.”</i></p> <p><i>E5 - “Procurava ser contida, ser contida no sentido de se sentir protegida, de se sentir securizada.”</i></p>		
	Dar significado	<p><i>E3 - “Temos de estar sempre a traduzir o que eles querem expressar, ajudá-los a perceber.”</i></p> <p><i>E2 - “agora, eu acho que se nós conseguirmos aqui no internamento ajudar este miúdo a compreender parte dos comportamentos que ele tem, a entende-los, a perceber porque é que eles surgem...ajudar os miúdos a compreender que respostas é que estão a dar, que comportamentos é que têm, que respostas humanas é que eles estão a dar, como é que eles se manifestam e como é que eles podem encontrar outras formas de responder e de reagir. Eu acho que nós no internamento conseguimos fazer isso.”</i></p> <p><i>E4 - Nós aqui tentamos dar significado a estes comportamentos, temos aquele quarto para onde os encaminhamos de alguma forma e os ajudamos a expressar. Depois avaliamos sempre a situação, se for necessário haver uma contenção para o ajudar, ajudamos a perceberem outras opções e depois isto é trabalhado...</i></p>	3	4

		<p><i>Vamos trabalhando ao longo do internamento a forma como eles têm de agir, dando significado e tentando arranjar estratégias para depois fazerem isto de outra forma...eles não conseguem é a forma que eles têm de expressar o que sentem.”</i></p> <p>E2 - <i>“Eu acho que não só as atividades estruturadas, mas acho que existe uma intencionalidade terapêutica em tudo o que fazemos e quando conseguimos fazer isso eu acho que as situações melhoram.”</i></p>		
--	--	---	--	--

Quadro 6 - Categoria *Intervenções desenvolvidas*

A categoria – *Intervenções desenvolvidas* aglutina várias intervenções que foram sendo referidas pelos enfermeiros ao longo do *focus group*. Estas intervenções foram agrupadas nas seguintes subcategorias: *cuidar o vínculo, intervenção com a família, gestão do ambiente psicossocial, expressão da agressividade, contenção ambiental/quarto dos colchões, contenção física/contenção emocional e dar significado*. Passamos em seguida a analisar cada subcategoria individualmente.

Na subcategoria - *Cuidar o vínculo* somos remetidos para a vivência da relação terapêutica, em profunda continuidade com a categoria *Relação terapêutica* na referência ao “vínculo relacional”, aos fortes laços relacionais estabelecidos entre os enfermeiros e as crianças referidas.

É enfatizada aqui, como intervenção por excelência, o estabelecimento e vivência da relação terapêutica “(...) *nem valorizamos tanto tudo o resto que é só estabelecer a relação com eles, estabelecer estes vínculos, estar só aqui a tomar conta deles, cuidar deles, tomar conta neste sentido de cuidar e ajudá-los a perceber isso (...)*” (E2).

Um “(...) *tomar conta (...)*” (E2) de “(...) *uma forma organizadora, de uma forma afetuosa (...)*” (E2), nos cuidados relacionados com as várias dimensões da sua vida, “(...) *Eu acho que às vezes é mesmo só viver as relações, alguém que se preocupa com eles nos cuidados de higiene ou na alimentação, na vida que eles levam aqui. (...)*” (E2), remetendo para uma integralidade, uma disponibilidade e uma presença muito própria dos cuidados de enfermagem pela possibilidade de acompanhamento da criança nas mais variadas atividades ao longo do seu dia.

A referência ao estabelecimento por parte destas crianças de relações preferenciais, destacando aqui a questão do vínculo parece remeter para os processos de vinculação

“ (...) estes miúdos vinculam-se sempre a alguém, sempre. Há sempre um ou outro enfermeiro a quem eles se vinculam muito mais e é fundamental esta relação ser estabelecida e depois poder-se viver. (...)” (E2)

Bowlby autor mobilizado na subcategoria - *Patologias da vinculação* (categoria - *Pressupostos explicativos*) remete para a centralidade da vivência da relação terapêutica. “Dado que a vinculação é uma parte essencial da vida, a relação terapêutica é importante por si própria e não predominantemente um indicador de problemas de transferência.” (Gomez, 2005, p. 180).

A relação terapêutica importante por si própria podendo ser vivida como uma nova experiência de vínculo.

as recomendações de Bowlby para a psicoterapia não são prescritivas nem controversas; resumem-se basicamente a um apelo a que se atribua à vinculação uma importância primordial na vida humana. Ele partilha a perspectiva, comum a todos os defensores das Relações de Objecto de que a nova experiência adquirida é essencial para facilitar o crescimento e desenvolvimento; por si só o *insight* não é, de forma alguma, suficiente (Gomez, 2005, p. 180).

Na subcategoria - *Intervenção com a família* são referidas pelos enfermeiros várias limitações/dificuldades, umas mais de âmbito relacional e vinculadas ao estabelecimento de uma aliança de trabalho, outras mais relacionadas com as próprias “(...) *limitações institucionais* (...)” (E7) como o contexto agudo ou a necessidade de um maior tempo de internamento para os enfermeiros poderem intervir com a família.

Quando um dos enfermeiros refere “(...) *Como chegar aquela família* (...)?” (E6) parecem estar a referir-se a como estabelecer uma relação terapêutica, uma aliança terapêutica ou de trabalho. O restante conteúdo desta UR parece ainda remeter para aspetos iniciais do processo de estabelecimento da relação terapêutica: “(...) *perceber até onde a gente pode ir, de que forma é que se pode contornar as coisas para ter uma intervenção adequada e bem aceite por parte dos familiares* (...)” (E6), terminando com uma afirmação que reforça a dificuldade do processo “(...) *É mais fácil chegar ao miúdo do que chegar à família.*” (E6).

A dificuldade de mobilizar a família parece patente noutras unidades de registo “*Estas famílias normalmente têm muita dificuldade em se pôr em causa.*” (E3).

Ferreira (2002) aludindo à dificuldade de acesso a alguns pais refere:

muitos outros colocam-se em posições totalmente inacessíveis a qualquer abordagem porque negam à partida os valores interiores, não os reconhecem, resistem a qualquer estímulo de *ver* para dentro. Nunca comparecem a consultas marcadas, em regra para evitar tomar consciência de que há um sofrimento nos filhos (com consequências futuras) ou neles próprios. Vivem a *agir*. Não podem parar para pensar (p. 60).

As limitações institucionais, relacionadas com o tempo de internamento, internamentos curtos num contexto agudo de doença, são referidas como uma dificuldade na intervenção com as famílias.

Numa das unidades de registo é referido que o trabalho com a família é somente reconhecido como necessário quando as crianças internadas são mais “pequenas”, “*nos casos em que os miúdos são pequeninos e muito pequeninos, nós percebemos que o trabalho com a família é importante, se tivermos meninos maiores isso já é um disparate (...)*” (E2).

O não reconhecimento da importância de trabalhar com a família no que se refere às crianças “maiores” e mesmo as limitações de tempo verbalizadas como impedimento para o trabalho com a família, parecem pouco congruentes com os *Pressupostos explicativos* referidos para a perturbação do comportamento, nas subcategorias - *Disfunção familiar* e *Patologias da vinculação*. Estes dois pressupostos explicativos fariam antever uma intervenção estruturada, direcionada e com a família, mas o que as unidades de registo ilustram é que a família parece não ser reconhecida como beneficiária de cuidados ou como recurso terapêutico na intervenção com estas crianças.

No reforço do que anteriormente foi referido é expressa numa das unidades de registo a responsabilização da família face aos comportamentos apresentados, “*Se os meninos são meninos maus, que se portam mal e fazem um monte de disparates, chegam cá e os profissionais vão responsabilizar os pais por isso (...)*” (E2). Ainda o mesmo enfermeiro refere “*E nós também não podemos ter uma atitude culpabilizadora da família senão as famílias não vêm.*” (E2), clarificando de certa forma a relação existente entre uma atitude culpabilizadora e o facto de a família “não ir”, ou ser mais difícil chegar à família, intervir com a família [“*(...) É mais fácil chegar ao miúdo do que chegar à família.*” (E6)]. Estas duas unidades de registo parecem remeter para a dinâmica transferencial e contratransferencial vivida na relação estabelecida entre os enfermeiros e a família destas crianças.

A subcategoria que designamos por *Gestão do ambiente psicossocial* remete para a importância da organização/estruturação do meio, relacionando esta organização com a própria organização interna da criança, “*Temos de os ajudar a estruturar-se e só podemos fazer isto com cuidados estruturados*” (E2). Nesta afirmação parece mais uma vez estar patente a grande indiferenciação destas crianças face ao meio ou ao *outro*, do qual ainda não se diferenciaram.

Fica patente a dificuldade de gestão do ambiente terapêutico na presença de crianças com perturbação do comportamento, “*principalmente quando temos vários miúdos com alterações do comportamento (...)*” (E6), parecendo serem elas próprias um elemento de desorganização/destabilização do meio “*(...) gerir um turno com estes miúdos é complicado, como vocês sabem, se um começa a “descompensar”, depois isto começa em cadeia, começa um e depois começa outro...*”(E3).

As atividades terapêuticas são referidas como um contributo à estruturação/organização do meio, associando essa estruturação à diminuição da possibilidade da ocorrência de um episódio disruptivo, “*estava-me a lembrar das actividades terapêutica e da importância que elas têm na gestão, nem é bem na gestão, mas se calhar, como forma... se as actividades estiverem estruturadas, se com aquela actividade eu estou a ter um objectivo com aquele grupo, se calhar eu...as coisas quando são mais estruturadas a probabilidade de poder vir a... de um miúdo iniciar um comportamento disruptivo, se calhar, também baixa um bocado. Depende de vários fatores. Mas reforço a importância das actividades estruturadas.*” (E5).

Da organização e gestão do meio psicossocial passamos para a subcategoria - *Expressão da agressividade* com unidades de registo onde se relata/descreve o favorecimento da expressão da agressividade através do uso de colchões, aqui na função de mediadores da relação, “*(...) há estas intervenções que nós temos no internamento, no quarto dos colchões, onde tentamos que eles expressem a agressividade.*” (E2); “*(...) tentamos que expressem a agressividade no quarto dos colchões (...)*” (E1).

A subcategoria seguinte encontra-se em profunda relação com a anterior no destaque dado ao “quarto dos colchões” espaço de favorecimento da expressão da agressividade. A esta subcategoria demos o nome de *Contenção ambiental/quarto de confinamento*.

Para clarificar o leitor torna-se necessário caracterizar o espaço definido como *quarto dos colchões* ou de *confinamento*. É um quarto sem cama, contendo somente vários

colchões (tipo colchões de ginástica) e almofadas, as paredes são acolchoadas e com arestas protegidas.

Este espaço é descrito pelos enfermeiros como um contexto específico de intervenção, um “(...) *espaço securizante*(...)” (E5), “(...) *neutro* (...)” (E7), “(...) *para os proteger* (...)” (E7), em que “(...) *podem construir o seu próprio ambiente* (...)” (E7) e que ao longo do tempo passa a ser procurado pelas crianças de uma forma intencional. Um espaço mais “(...) *direcionado* (...)” (E3), revestido de um ambiente específico - “(...) *naquele ambiente* (...)” (E3)

Este quarto parece encerrar uma dimensão simbólica tanto para as crianças como para os enfermeiros. Um enfermeiro chega mesmo a referir “*Para mim é como um espaço securizante...* (...)” (E5). Um espaço securizante construído à “ (...) *medida deles e à medida das necessidades.*” (E3) das crianças.

Trata-se de um espaço de confinamento utilizado como recurso de proteção tanto da criança, como do grupo de pares, neutro, com estímulos reduzidos permitindo uma contenção ambiental que favorece a (re)organização.

Na UR de um dos enfermeiros transparece a importância e o respeito em relação ao tempo da criança e ao que é construído/criado neste espaço específico de intervenção, “*depois é preciso perceber um bocadinho este espaço, podemos entrar no espaço deles? Podemos entrar nesta “cabana” ou tenda? É um bocado gerir isso, gerir o tempo deles, eles podem querer construir isso, tudo bem, mas nós não precisamos de entrar logo.*” (E7). Este espaço parece ser apresentado por excelência como um espaço de emergência do *self*.

Mobilizamos aqui Winnicott¹² na necessidade de compreensão do que emerge nas unidades de registo já citadas. Winnicott (1975), autor de referência na teoria das relações de objeto e na intervenção com crianças destaca conceitos referentes às fases mais precoces do desenvolvimento. A teoria de Winnicott (1975) diz respeito aos primórdios da relação mãe-bebé com grande ênfase no ambiente e nos processos de amadurecimento.

Parece haver um paralelismo entre o espaço descrito, e o contexto de intervenção terapêutica que nele decorre, com o conceito definido por Winnicott de “Espaço Transicional”¹³. Espaço de potencial terapêutico que faculta a mudança. Winnicott (1975) associa a

¹² Donald Woods Winnicott (1896-1971), pediatra e psicanalista inglês

¹³ “Os fenómenos, objetos ou espaços *transicionais* pertencem à fronteira entre um estadio de dependência absoluta e o início da percepção da separação. “Estes fenómenos transicionais pertencem à fronteira entre a fusão precoce da criança com a mãe e o despontar da percepção da separação, na área de transição entre a dependência absoluta e a dependência relativa” (Gomez, 2005, p. 103).

emergência do *self* à *criatividade*, ao *brincar* e aos *fenómenos transicionais*. Este espaço, quarto dos colchões/confinamento, parece conter a simbologia de um espaço *transicional* onde a criança se expressa num ambiente protegido, num movimento de *reconhecimento de si*.

O quarto dos colchões/confinamento reveste-se de uma intervenção muito própria/particular que se vincula a uma práxis fundada na experiência desta equipa de enfermagem e mobilizada como um conhecimento próprio, profundamente, influenciado por fatores que se vinculam ao contexto de cuidados.

A subcategoria seguinte refere-se à *Contenção física/contenção emocional* e é desta forma designada tendo em conta a associação que os enfermeiros fazem em permanência entre estes dois tipos de contenção. A contenção associada ao abraço, à proteção, numa dimensão profundamente física e emocional, “(...) *estes miúdos precisam de um abraço, de serem contidos. Precisam de um abraço para conseguirem parar, é isso que eu sinto muitas vezes. (...)*” (E5). Um abraço que contem física e emocionalmente num movimento relacional que procura conter, securizar, “(...) *às vezes é muito mais securizante o envolvimento, o conter, o abraçar com o próprio corpo (...)*” (E2).

“(...) *Abraçar com o próprio corpo (...)*” (E2) remete para um movimento corporal de contenção, que confere limites, “aconchega”: “*Procurava ser contida, ser contida no sentido de se sentir protegida, de se sentir securizada.*” (E5).

O referido pelos enfermeiros parece incluir-se na função de *holding* descrita por Winnicott. “Winnicott identificou as três formas que a mãe utiliza para proteger o bebé: «holding» (sustentar), «handling» (manuseio ou manejo) e «object-presenting» (apresentação de objectos).” (Gomez, 2005, p. 99).

O *holding* apresenta-se como um conceito central da teoria de Winnicott e intimamente relacionado com o conceito de *mãe ambiente*, *mãe suficientemente boa*. “Sem mãe o bebé não existe e sem holding não cresce por dentro.” (Winnicott, s.d., citado por Ferreira, 2002, p. 56). *Holding* define-se como o processo onde a mãe ou o cuidador fornecem sustentação física e emocional, numa adaptação ativa às necessidades da criança dependendo do seu estadio de desenvolvimento emocional. Winnicott (1975) compreende

“Winnicott descreve o *setting* terapêutico como predominantemente transicional. O terapeuta oferece explicitamente, a si e ao espaço terapêutico, para a experiência transicional. O cliente ou o paciente reage de modo frutuoso «brincando» com versões da realidade, experimentando a dependência, o amor, a oposição, o desprezo e o ódio, numa relação que é tolerável na medida em que o paciente e o terapeuta sabem que estas reacções não devem ser tomadas pessoalmente.” (Gomez, 2005, p.104).

o desenvolvimento emocional como um processo de maturação que progride da dependência absoluta, à dependência relativa, em direção à independência.

A forma como o bebé/criança é “sustentado”, contido pela pessoa que presta cuidados para além da experiência física investe-se de uma dimensão simbólica e emocional. “O *holding* é físico e emocional. A mãe suficientemente boa controla e gere os sentimentos e impulsos do bebé ao sentir empatia por ele e ao protegê-lo das demasiadas experiências desagradáveis” (Gomez, 2005, p. 99).

Na intervenção terapêutica, bem como, no *setting* terapêutico descrito por Winnicott (1975) a função de *holding* apresenta-se como basilar na possibilidade de estabelecimento de uma relação terapêutica fundada num “*ambiente suficientemente bom*” que suporte a vivência de estados de regressão e de desintegração. Nas unidades de registo apresentadas nesta subcategoria surgem expressões recorrentes, “conter”, “abraçar”, “tranquilizar”, “securizar” destacando a grande relevância atribuída nos cuidados à função de *holding*.

Uma das unidades de registo clarifica a dimensão terapêutica da contenção [*“na contenção... a importância de nós termos reforçado que estávamos ali para o ajudar, que era para ele ficar mais tranquilo, que íamos continuar ali. Todo o procedimento é em função disso, não é uma coisa punitiva.”* (E5)], que se estrutura em todas as outras unidades de registo na função de *Holding* já definida.

Na categoria em análise surgiram várias unidades de registo que remetem para uma intervenção que procura “dar significado” ao comportamento destas crianças. Desta forma a próxima subcategoria em análise obteve a designação - *Dar significado*. Uma subcategoria em profunda ligação com a subcategoria - *Compreensão da criança* da categoria *Relação terapêutica*. Os enfermeiros procuram “(...) *ajudar este miúdo a compreender parte dos comportamentos que ele tem, a entende-los, a perceber porque é que eles surgem... ajudar os miúdos a compreender que respostas é que estão a dar (...)*” (E2).

Todo o construto teórico até agora elaborado leva-nos a interpretar este “traduzir”, “dar significado” não tanto na referência à construção de uma intervenção no sentido da elaboração, por si só, mas antes direcionada para elementos que a precedem referentes a estádios precoces de desenvolvimento. A UR “*Temos de estar sempre a traduzir o que eles querem expressar, ajudá-los a perceber.*” (E3) remete de forma clara para estádios muito precoces do desenvolvimento onde um outro traduz, faz a leitura da expressão da criança.

Recorremos novamente a Winnicott (1975) explorando a função de *object-presenting* que parece estar profundamente bem representada na UR que acabamos de referir. *Object-presenting* ou apresentação de objetos define-se, tal como a tradução indica, na função de apresentação dos objetos pela mãe (figura de vinculação) e posteriormente pelas pessoas significativas à criança. A criança conhece o objeto através de um outro significativo que lho apresenta, criando desta forma condições para o seu conhecimento. Trata-se aqui tanto da relação da criança com um outro objetivável como com os seus objetos internos.

O conceito de apresentação de objetos a que Winnicott se refere tem em conta a imaturidade própria do bebé ou de fases precoces do desenvolvimento. Na função de *object-presenting* inscreve-se um caminho de evolução da dependência absoluta para a dependência relativa permitindo o estabelecimento gradual da realidade compartilhada.

Esta função está intimamente ligada à possibilidade de a criança reconhecer as suas experiências e se sentir em relação/ligação tanto consigo própria como com os *outros* significativos que a rodeiam.

no pior cenário, o fracasso na área de apresentação de objecto resulta na convicção de que as pessoas não são apenas separadas como também isoladas. Esta é a agonia primitiva de não conseguir comunicar porque parece não existir qualquer forma de conexão com ninguém, nem mesmo consigo próprio (Gomez, 2005, p. 101).

Síntese:

A categoria - *Intervenções desenvolvidas* evidencia-se até então como uma das mais participadas tanto em termos de número de participantes, como de unidades de registo.

Destaca-se a vivência da relação terapêutica na subcategoria *Cuidar o vínculo*. A vivência da relação terapêutica assume aqui um papel central, importante em si mesma na possibilidade de uma nova experiência de vinculação.

A expressão da agressividade é também referida como uma das intervenções terapêuticas mobilizadas, sendo favorecida a expressão da agressividade através do uso de colchões e de outros mediadores da relação.

A subcategoria - *Gestão do ambiente psicossocial* reforça mais uma vez o grau de indiferenciação destas crianças face ao meio ou ao outro, do qual ainda não se diferencia-

ram, remetendo para a necessidade de organização externa (social) que contribui fortemente para a organização interna (psíquica). As atividades terapêuticas são referidas como um fator de organização do ambiente psicossocial.

Surge nesta categoria, com grande expressão, a função contentora da intervenção dando ênfase à contenção ambiental, física e emocional, correspondentes às subcategorias *Contenção ambiental/quarto de confinamento* e *Contenção física/contenção emocional*. Na subcategoria *Contenção física/contenção emocional* surgem expressões recorrentes como “conter”, “abraçar”, “tranquilizar”, “securizar” destacando a grande relevância atribuída nos cuidados à função de *holding*, onde o enfermeiro fornece sustentação física e emocional num movimento de adaptação às necessidades da criança.

O quarto de confinamento, onde se realiza a contenção ambiental é descrito como um contexto específico de intervenção, um “espaço securizante”, “protector”, “neutro”, em que “a criança pode construir o seu próprio ambiente”, encerrando uma dimensão simbólica tanto para as crianças como para os enfermeiros. Características que nos remetem para um *espaço transicional*.

Destacamos, que tanto estas duas subcategorias como a anteriormente referida, *Gestão do ambiente psicossocial* nos parecem estar intimamente relacionadas com a gestão do ambiente terapêutico vinculando-se às competências comuns do enfermeiro especialista “B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p.13).

Na subcategoria - *Dar significado* parece evidenciar-se a função de *object-presenting* onde os enfermeiros “traduzem”, “atribuem significado” ao que ainda pertence ao domínio corporal e pré-verbal.

Winnicott parece destacar-se como autor de referência ao longo desta categoria nos vários conteúdos abordados, evidenciando-se a função de *holding*, *object-presenting* e *espaço transicional*.

Na subcategoria - *Intervenção com a família* os enfermeiros destacam “limitações/dificuldades”. A família parece não ser reconhecida como beneficiária de cuidados ou como recurso terapêutico na intervenção com estas crianças centrando-se a intervenção na relação enfermeiro-criança.

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo	n	UE
Intervenções a desenvolver	Intervenção familiar	<p>E2 – “<i>Em casa é necessário dar continuidade, é necessário também começarmos a trabalhar com a família (...)</i>”</p> <p>E4 – “<i>pois, mas nós não temos um trabalho eficaz aqui com a família porque temos um espaço definido de visitas e nesse espaço, nesse momento com muitas famílias ao mesmo tempo, com os técnicos que temos, não conseguimos ter uma intervenção eficaz, não temos tempo para o fazer (...)</i>”</p> <p>E1 – “<i>pois é isso, nos internamentos mais curtos é mais difícil.</i>”</p> <p>E2 – “<i>A intervenção com a família é fundamental e eu acho que no internamento se tem de trabalhar muito mais com as famílias... acho que podemos trabalhar muito mais, e intervir com as famílias também é compreender isto, alterar o padrão de relação que têm.</i>”</p> <p>E7 – “<i>Não é uma coisa que se mude de um dia para o outro... nós temos um exemplo muito concreto deste jovem, o S., que saiu daqui e o trabalho com a mãe nós temos noção que não foi eficaz (...)</i>”</p> <p>E2 – “<i>Somos um internamento de crianças onde os pais não estão presentes e, se por um lado isso se compreende porque muitas vezes há já uma perturbação a nível familiar e é necessário criar este afastamento e distanciamento, por outro lado, se nós quisermos ajudar os pais a gerir melhor estes comportamentos das crianças precisávamos que eles estivessem cá mais tempo, mas os pais nesta fase, realmente, a única coisa que vêm cá fazer é a visita. Só vêm cá visitar as crianças. Podemos perfeitamente planear que uma mãe, ou um pai possa vir passar 3 horas ou 4 horas connosco e possa estar connosco com o miúdo naquele espaço, naquele contexto do quarto a conter uma birra e ajudar os pais também a perceber o que é que está ali presente.</i>”</p> <p>E2 – “<i>há muito trabalho, quando a gente fala em trabalho com a família, mas isso tem implicações também em termos da nossa dinâmica cá dentro também, não é</i></p>	6	12

		<p><i>na hora da visita que a gente vai conseguir trabalhar isso...a família vem visitar o menino, portanto, implica fazer um trabalho real e concreto que neste momento não temos, nunca foi pensado, estruturado. Necessita de ser pensado.”</i></p> <p><i>E4 – “Eu acho que só é possível trabalhar isto se estruturarmos isto, porque é assim, para já tem de ser um enfermeiro de referência a trabalhar, porque acho que é incompatível retirarmos um elemento para estar x horas com aquela mãe ou aquele pai e aquele jovem...e isso faz sentido se for uma coisa sistemática, não faz sentido fazer uma vez. Não sei se é possível fazê-lo sem algo mais organizado. Eu digo isto porque agora na especialidade eu e a L., o nosso trabalho de investigação tinha haver com programas parentais com jovens com alterações do comportamento e vimos, conseguimos perceber que havia já programas, aqui faz-me sentido haver algo do género e estruturar algo neste campo.”</i></p> <p><i>E6 – “A dificuldade é sairmos das nossas rotinas, eu tenho muita dificuldade de sair de certas rotinas.”</i></p> <p><i>E6 – “por exemplo em relação às visitas das 17-19...ainda hoje dou por mim a dizer que as visitas são das 17-19.”</i></p> <p><i>E5 – “quase que é um ato mecanizado”</i></p> <p><i>E6 – “se não falarmos sobre isso não me lembro do que está escrito na norma. Durante tanto tempo houve esta necessidade de as visitas serem das 17-19 que é uma coisa que pronto, que eu ainda não pensei sobre isso, não refleti e acho que estes espaços são muito importantes para isso.”</i></p>		
	Articulação com a comunidade	<p><i>E4 – “Eu acho é que a nossa intervenção acaba por não ser eficaz a longo prazo porque eles neste ambiente mais contentor conseguem adequar o comportamento, têm alta e as coisas lá fora vão continuar iguais, no meio escolar, em casa, porque nós aqui não intervimos de uma forma eficaz nem na família, nem no contexto escolar.”</i></p> <p><i>E4 – “Intervir diretamente com quem gere estes com-</i></p>	3	13

		<p><i>portamentos. Na escola quem gere estes comportamentos com eles? Em casa quem é que gere estes comportamentos com eles? Alguém que faz depois tudo o que nós fazemos, quem é que os ajuda?”</i></p> <p><i>E4 – “estes miúdos vão para as escolas e as professoras não conseguem lidar com as alterações de comportamento e nós... que intervenção é que nós fazemos com as escolas?”</i></p> <p><i>E4 – “(...) não me parece que esta passagem, este regresso à escola seja preparado eficazmente.”</i></p> <p><i>E4 – “eu lembro-me de um jovem com quem nós falamos com a escola e eles achavam que ele devia ter um programa à parte numa sala individual com professora afastado completamente do grupo, não o aceitavam... quer dizer, tentarmos explicar isto por telefone não foi bem aceite. Não sei o que é que a gente pode fazer mais, mas este miúdo voltando para aquela escola com este contexto, com esta contra-atitude da diretora de turma...”</i></p> <p><i>E2 – “Há muito trabalho a fazer com a escola, mas eu acho que isso tem de ser com as equipas comunitárias.”</i></p> <p><i>E2 – “o que está aqui na base, o que nós estamos a falar é de dificuldade na compreensão dos problemas em si, isto é, as escolas quando olham para estes miúdos não os olham do ponto de vista psicopatológico, nem fazem um entendimento que nós fazemos do comportamento que eles têm, o que eles têm é predominantemente uma intervenção mais educativa, pedagógica e olham para estas coisas e desenvolvem intervenções que segundo eles são as mais ajustadas e adaptadas.”</i></p> <p><i>E4- “é que eu acho que nós podemos ter um papel ou uma articulação com a escola ... ou são seguidos nas nossas equipas e as nossas equipas conseguem dar resposta, ou depois nos centros de saúde a resposta que temos é que não conseguem, não sabem, ou não têm recursos e não fazem...quer dizer e nós também não fazemos, o facto é que eles estão aqui, que estamos a preparar uma alta e que sabemos que as coisas não</i></p>		
--	--	---	--	--

		<p>vão correr bem porque isto não está bem preparado.”</p> <p>E4 – “o que é que nós podemos fazer mais, será que era irmos lá, será que era trazermos a escola aqui...não sei”</p> <p>E4 – “(...) mas se lá fora temos um ambiente que potencia estes comportamentos (...)”</p> <p>E4 – “Eu acho que as pessoas também precisavam de algum tipo de ajuda para lidar com este tipo de miúdos.”</p> <p>E3 – “Eu acho que isso acontece, eu acho que de uma forma geral as pessoas fazem um trabalho nesse sentido, só que infelizmente não se consegue.”</p> <p>E4 – “Eu acho que o que me faz sentido, foi algo que o R. e o N. começaram a fazer, pelo menos em relação à M. Que foram à instituição, reunir com os outros jovens. Devia haver uma coisa mais estruturada, e devia haver uma equipa dentro desta equipa que trabalhasse essas questões, que tivesse formação para o fazer e que ajudasse a integração destes jovens depois.”</p> <p>E2 – “mas há situações que... mudar comportamentos humanos não é propriamente uma coisa que se consiga fazer em duas semanas e depois acho que realmente necessitamos de trabalhar mais, e agora nesta perspectiva a nível do ambulatório, com o contexto de ambulatório, com o hospital de dia. Com miúdos com perturbação de comportamento, esta é uma área onde eu acho que ainda temos de trabalhar muito porque estes miúdos precisam de continuar a fazer este trabalho, porque mesmo intervindo na escola estes miúdos vão continuar a dar chatices na escola, estes miúdos vão continuar a dar chatice na família, vão continuar a dar um monte de chatices em todo lado e não vão mudar só porque estiveram cá internados, não vão mudar...ficar bem, não vão ter alta, não vão ficar curados, não se resolve como as cirurgias (...)”</p>		
--	--	---	--	--

Quadro 7- Categoria *Intervenções a desenvolver*

Na análise da categoria - *Intervenções a desenvolver* (Quadro 7) surge de forma muito marcada, nas duas subcategorias criadas, a importância e a necessidade de se trabalhar o contexto da criança, nas suas várias vertentes, familiar, escolar, institucional. *“Eu acho é que a nossa intervenção acaba por não ser eficaz a longo prazo porque eles neste ambiente mais contentor conseguem adequar o comportamento, têm alta e as coisas lá fora vão continuar iguais, no meio escolar, em casa, porque nós aqui não intervimos de uma forma eficaz nem na família, nem no contexto escolar.”* (E4).

Constituíram-se duas subcategorias respetivamente: *Intervenção familiar* e *Articulação com a comunidade*.

A subcategoria - *Intervenção familiar* surge aqui de forma muito consentânea com as “limitações/dificuldades” referidas pelos enfermeiros na categoria - *Intervenções desenvolvidas*, na subcategoria - *Intervenção com a família*.

A intervenção com a família é destacada como uma área a desenvolver, ajudando a família a compreender as respostas dadas pelas crianças e a alterar o padrão relacional existente. *“A intervenção com a família é fundamental e eu acho que no internamento se tem de trabalhar muito mais com as famílias... acho que podemos trabalhar muito mais, e intervir com as famílias também é compreender isto, alterar o padrão de relação que têm.”* (E2).

Um trabalho que no momento atual não é desenvolvido, não está estruturado, pensado, *“(...) implica fazer um trabalho real e concreto que neste momento não temos, nunca foi pensado, estruturado. Necessita de ser pensado.”* (E2).

A realização deste “trabalho” com a família aponta para um caminho, verbalizado em várias unidades de registo, de alteração das rotinas e da dinâmica da própria equipa, *“há muito trabalho, quando a gente fala em trabalho com a família, mas isso tem implicações também em termos da nossa dinâmica cá dentro também, não é na hora da visita que a gente vai conseguir trabalhar isso...”* (E2); *“A dificuldade é sairmos das nossas rotinas, eu tenho muita dificuldade de sair de certas rotinas.”* (E6).

A intervenção com a família surge como uma área pouco desenvolvida, pouco refletida sendo patente nas unidades de registo um trabalho que se vincula a rotinas ou atos mecanizados, *“quase que é um acto mecanizado”*(E5); *“A dificuldade é sairmos das nossas rotinas (...)”* (E6).

Embora na UIPIA não haja, um horário de visita oficialmente definido, os enfermeiros referenciam-se a um tempo em que este era das 17h-19h, mantendo esta rotina de

cuidados, “por exemplo em relação às visitas das 17-19... ainda hoje dou por mim a dizer que as visitas são das 17-19.” (E6); “se não falarmos sobre isso não me lembro do que está escrito na norma. Durante tanto tempo houve esta necessidade de as visitas serem das 17-19 que é uma coisa que pronto, que eu ainda não pensei sobre isso, não refleti e acho que estes espaços são muito importantes para isso.” (E6).

Destaca-se numa das unidades de registo a particularidade de nesta unidade de internamento os pais não estarem presentes, justificada pela “perturbação a nível familiar” que da mesma forma implicaria uma intervenção clara com a família. “Somos um internamento de crianças onde os pais não estão presentes e, se por um lado isso se compreende porque muitas vezes há já uma perturbação a nível familiar e é necessário criar este afastamento e distanciamento, por outro lado, se nós quisermos ajudar os pais a gerir melhor estes comportamentos das crianças precisávamos que eles estivessem cá mais tempo, mas os pais nesta fase, realmente, a única coisa que vêm cá fazer é a visita (...)” (E2).

Os pais são convocados somente para as visitas, não para o dia a dia dos cuidados. Uma proposta concreta de intervenções a desenvolver é a possibilidade de os pais serem convocados para a partilha do dia a dia da criança na UIPIA. “(...) Podemos perfeitamente planear que uma mãe, ou um pai possa vir passar 3 horas ou 4 horas connosco e possa estar connosco com o miúdo naquele espaço, naquele contexto do quarto a conter uma birra e ajudar os pais também a perceber o que é que está ali presente.” (E2).

Ferreira (2002) referindo-se à intervenção com as famílias refere que

o projecto terapêutico assenta sobre a arte de motivar os adultos, implicando-os quer no sofrimento da criança quer no seu tratamento, sem que eles se sintam demasiado abalados na sua posição narcísica de adultos-pais, face aos tratadores sentidos como competentes, logo rivais. Não se trata, em todo o caso, de interferir na estrutura interna dos pais, mas em mantê-los como aliados pela parte saudável e diminuir o peso da parte patológica projectada na relação pais-filhos (p. 239).

Santos (s.d.), citado por Vidigal & Guapo (2005) afirmava a importância do estabelecimento de uma aliança terapêutica com os pais, reconhecendo o sofrimento que pode estar implícito em interações desajustadas.

já desde a década de 70, João dos Santos sublinhava em reuniões clínicas que era fundamental estabelecer uma aliança com os pais, considerando que “era perigoso” aliarmo-nos com a criança contra os seus progenitores, mesmo que tivessem atitudes completamente desastrosas. Os pais transportam a criança que eles foram no passado. O sofrimento e a culpabilidade (por vezes

inconsciente) leva-os a agir de modo desastroso, sem a tomada de consciência de que estão a repetir com os filhos aquilo que lhes fizeram (Vidigal & Guapo, 2005, p.175).

Na subcategoria - *Articulação com a comunidade* os enfermeiros realçam a importância da articulação com as estruturas comunitárias (frequentadas pela criança) e com o ambulatório, numa necessidade de continuidade de cuidados e na estruturação de um plano de integração destas crianças, ficando a nota de que esta articulação é sentida muitas vezes como ineficaz não favorecendo a continuidade de cuidados. E4 aponta para a importância de os enfermeiros intervirem diretamente com quem gere estes comportamentos no dia a dia da criança fora do internamento *“Intervir diretamente com quem gere estes comportamentos. Na escola quem gere estes comportamentos com eles? Em casa quem é que gere estes comportamentos com eles? (...)”* (E4); *“Eu acho que as pessoas também precisavam de algum tipo de ajuda para lidar com este tipo de miúdos.”* (E4).

Evidencia-se a necessidade de intervenção num meio desprotetor ou pouco facilitador *“(...) mas se lá fora temos um ambiente que potencia estes comportamentos (...)”* (E4).

O mesmo enfermeiro em várias unidades de registo evidencia a falha do trabalho com a comunidade destacando a necessidade de uma intervenção mais efetiva, assumindo este trabalho como próprio UIPIA - *“o que é que nós podemos fazer mais, será que era irmos lá, será que era trazermos a escola aqui...não sei”* (E4).

E2 evidencia a necessidade de os enfermeiros do internamento se articularem com as estruturas de ambulatório, num projeto de continuidade, para que estas possam desenvolver um trabalho mais distendido no tempo, e tendo em conta os ambientes/espacos relacionais que pontuam a vida da criança. E2 remete para a importância do tempo na mudança dos comportamentos apresentados pelas crianças. *“(...) mudar comportamentos humanos não é propriamente uma coisa que se consiga fazer em duas semanas e depois acho que realmente necessitamos de trabalhar mais, e agora nesta perspetiva a nível do ambulatório, com o contexto de ambulatório, com o hospital de dia. Com miúdos com perturbação de comportamento, esta é uma área onde eu acho que ainda temos de trabalhar muito porque estes miúdos precisam de continuar a fazer este trabalho, porque mesmo intervindo na escola estes miúdos vão continuar a dar chatices na escola, estes miúdos vão continuar a dar chatice na família, vão continuar a dar um monte de chatices em todo lado e não vão mudar só porque estiveram cá internados, não vão mudar... ficar bem, não vão ter alta, não vão ficar curados, não se resolve como as cirurgias (...)”* (E2).

Tanto na perspectiva de E4 como na perspectiva de E2 é necessário um trabalho de continuidade que promova um acompanhamento transversal aos vários ambientes relacionais da criança.

Ferreira (2002), citando Winnicott (1968) refere-se ao conceito de *holding*, mobilizado na categoria anterior, que deverá sustentar a criança nos seus diversos contextos

Winnicott (1968) dirigindo-se a professores, diz: «o que vocês ensinam vai inserir-se na capacidade que deve estar presente na criança, baseada nas experiências precoces e que deve continuar-se, num *holding* seguro, em círculos progressivamente alargados da família, da escola, da vida social.» A escola, como meio facilitador do crescimento, deve ter uma qualidade humana e não uma exigência perfeccionista ou mecanicista (p. 232).

Nesta categoria a tónica parece estar no ambiente relacional da criança, tanto em relação à família como em relação a outras estruturas com que esta se relacione.

Retomemos Winnicott, no reconhecimento da importância do *meio facilitador*. Para além da compreensão do crescimento emocional da criança é também fundamental a compreensão do crescimento emocional de quem cuida dela, que em estadios de desenvolvimento tão precoces, como os descritos pelos enfermeiros tem um papel preponderante.

Referimo-nos ao meio relacional, às pessoas responsáveis pelas condições facilitadoras, pelo *ambiente suficientemente bom*. A importância de perceber como é que o *ambiente* se adapta às necessidades de cuidados e reconhecer as interferências que dificultam ou impedem a suficiência do ambiente é fundamental, com reflexo no desenvolvimento emocional da criança. “Numa criança é extremamente difícil pretender trabalhar o seu Mundo interior sem olhar ao exterior que a rodeia” (Strecht, 2002, p.79).

Síntese:

Destaca-se nesta categoria a importância da intervenção no meio relacional da criança, com grande ênfase na intervenção familiar e no contexto comunitário.

Relativamente à subcategoria - *Intervenção familiar*, os pais na UIPIA são convocados somente para as visitas. A intervenção com a família surge como uma área dos cuidados pouco desenvolvida e refletida envolvida em rotinas e atos mecanizados. É destacada como uma área a desenvolver ajudando a família a compreender as respostas dadas pela criança e a alterar o seu padrão relacional mobilizando a possibilidade de os pais serem convocados para outros espaços de intervenção para além das visitas.

No que se refere à subcategoria - *Articulação com a comunidade* os enfermeiros destacam a importância de um trabalho de continuidade direcionado para os vários contextos de vida da criança reforçando ora a importância de esse trabalho ser desenvolvido pela UIPIA ora pelos serviços de ambulatório.

6.1.3. Diagnóstico de situação

Realizamos em seguida uma síntese geral da compreensão dos dados, dando continuidade a um percurso que encerra a etapa diagnóstica, profundamente vinculada à descrição, à análise e ao conhecimento da realidade que se pretende estudar.

Como *Sinais e sintomas*, descritos pelos enfermeiros quando se fez referência a crianças com perturbação do comportamento destacaram-se: a *heteroagressividade*, a *passagem ao ato* e a *dependência relacional*, compreendidos à luz das patologias da vinculação e da disfunção familiar, pressupostos explicativos basilares na compreensão que os enfermeiros desenvolvem sobre estas crianças.

Os componentes do estabelecimento e características da relação terapêutica assumem um lugar de destaque. Os dados remetem para o estabelecimento de relações duais que nos referenciam para um estadio de desenvolvimento precoce e muito inferior ao que corresponderia à idade cronológica destas crianças. Os sinais e sintomas apresentados pelas crianças (mais especificamente a heteroagressividade) são interpretados pelos enfermeiros como uma forma de comunicação do mal-estar, remetendo para uma busca ativa de *Compreensão da criança* e do significado latente do comportamento agressivo.

É marcada a capacidade que os enfermeiros têm, no que se refere à *Compreensão de si*, de identificar sentimentos, estados emocionais, vividos na relação com estas crianças.

Nas intervenções desenvolvidas reforça-se novamente a vivência e a manutenção do vínculo relacional com importância por si só, num “tomar conta” que abre possibilidade a uma nova experiência de vinculação.

A imaturidade destas crianças volta a ser patente na necessidade de organização do ambiente para que elas próprias se organizem. A contenção destaca-se fortemente nas intervenções desenvolvidas. Contenção que fornece sustentação física e emocional, numa função de *holding*, e contenção ambiental, num espaço significativo (quarto de confinamento) de dimensão simbólica que remete para um *espaço transicional*. Associado a este

setting de intervenção (quarto de confinamento) os enfermeiros fizeram referência à promoção da expressão da agressividade. Ainda no contexto das intervenções desenvolvidas surge a necessidade de dar significado ao comportamento das crianças evidenciando a função de *object-presenting*.

A família no que se refere à intervenção parece não ser reconhecida como beneficiária de cuidados ou como recurso terapêutico, numa intervenção centrada na relação enfermeiro-criança.

Em congruência com o que acabamos de referir, os enfermeiros destacam nas intervenções a desenvolver, a intervenção com a família, que referem ser pouco refletida, desenvolvida, pautada por rotinas e atos mecanizados. Destacam ainda a importância de desenvolver e sistematizar a articulação com a comunidade, numa intervenção que possa estender-se aos vários contextos de vida das crianças.

Evidenciamos a categoria - *Intervenções desenvolvidas* e a categoria - *Intervenções a desenvolver*, que contaram com a participação de todos os enfermeiros do *focus group*, seguidas da categoria - *Relação terapêutica* que contou com a participação de 6 enfermeiros.

As categorias com maior número de unidades de registo são respetivamente as *Intervenções desenvolvidas* (36 UE) e a *Relação terapêutica* (21 UE). Estas duas categorias estão, desde a sua constituição, profundamente relacionadas, as intervenções desenvolvidas suportam e são suportadas pela relação terapêutica.

Refinando a observação, no que se refere às subcategorias, destacamos a subcategoria - *Compreensão de si*, da categoria - *Relação terapêutica*, com cinco enfermeiros participantes e 12 UE e a subcategoria - *Intervenção familiar*, da categoria - *Intervenções a desenvolver*, com 6 enfermeiros participantes e 12 UE. Estas subcategorias destacam-se como polos opostos no grau de desenvolvimento e profundidade. Na subcategoria - *Compreensão de si* é patente o grau de desenvolvimento da equipa aproximando-se o conteúdo das unidades de registo de uma das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, no extremo oposto a subcategoria - *Intervenção familiar* caracteriza-se como uma área pouco refletida, ligada a uma prática rotineira e mecanicista.

Os dados apresentados respondem a um dos objetivos a que nos propusemos: Identificar áreas da práxis referidas pelos enfermeiros face à sua intervenção com crianças que apresentam perturbação do comportamento. O (re)conhecimento da práxis de cuidados permite uma aproximação ao ambiente de trabalho a partir da experiência dos enfermeiros.

Este conhecimento, é ainda, basilar na identificação de áreas de “carência” ou “dificuldade” que possam ser alvo de planejamento e intervenção.

A temática introduzida pelo moderador do *focus group* sobre as intervenções a desenvolver, remetia explicitamente para a identificação, por parte dos enfermeiros, de áreas da sua intervenção que necessitassem de desenvolvimento. Destaca-se, convocando a unanimidade dos enfermeiros participantes, a intervenção com a família como uma área a desenvolver. São evocadas limitações e dificuldades na intervenção. Numa das unidades de registo há referência a uma atitude culpabilizante dos enfermeiros face à família.

Ferreira (2002) remete para a importância da consciencialização da contratransferência mantendo uma posição de compreensão das várias dinâmicas de funcionamento.

a consciencialização da contratransferência permite-nos controlá-la de modo que a nossa intervenção seja adequada e construtiva. Não somos juízes de uma situação e muito menos moralistas ou agentes paternalistas... Pretendemos manter uma posição de compreensão da dinâmica intrapsíquica e inter-relacional dos elementos de uma organização familiar (p. 345).

Evidencia-se a particularidade de na UIPIA os pais não acompanharem as crianças em permanência. A família é apenas convocada para o horário das visitas, que formalmente pode ser gerido pelos enfermeiros em função das necessidades das crianças e da família, num período de tempo flexível, mas a grande maioria dos enfermeiros tem como referência e age de acordo com uma norma antiga que definia o horário das visitas das 17h às 19h. Face a isto, os enfermeiros reconhecem a dificuldade em saírem de rotinas. E6 destaca a importância de espaços onde se possa refletir sobre estas questões *“se não falarmos sobre isso não me lembro do que está escrito na norma. Durante tanto tempo houve esta necessidade de as visitas serem das 17 às 19 que é uma coisa que pronto, que eu ainda não pensei sobre isso, não refleti e acho que estes espaços são muito importantes para isso.”* (E6)

Um dos enfermeiros (E4) fez referência, ao desenvolvimento da intervenção com os pais através de programas de treino parental. Numa equipa de orientação eminentemente psicodinâmica parece-nos fundamental antes de uma proposta prescritiva (que não foi eficaz em relação ao horário das visitas que se manteve das 17h às 19h ainda que na norma esteja descrito que o tempo das visitas é definido consoante as necessidades terapêuticas de cada criança e família) optarmos pela escolha de um percurso de reflexão como sugerido na UR em cima citada.

Ao longo do *focus group*, a necessidade de espaços de reflexão onde a intervenção possa ser “gerida” e “refletida”, para além de ter sido referida na subcategoria - *Intervenção familiar* (categoria – *Intervenções a desenvolver*) foi também referida na subcategoria - *Conhecimento de si*.

Uma das unidades de registo da subcategoria - *Conhecimento de si* aponta um caminho de reflexão para a gestão dos sentimentos, emoções, vividos na relação com estas crianças “*é uma coisa que tem de ser gerida ao longo do tempo e trabalhada em equipa e discutida nomeadamente sob formas de intervenção. Como é que podemos lidar com essas situações.*” (E7). Menciona-se um caminho continuado de reflexão conjunta tendo como foco a intervenção, num “*como é que podemos lidar com*” (E7), que parece reconhecer a importância de trabalhar os conteúdos relacionais. Aponta-se para a necessidade de um “espaço” onde os enfermeiros possam gerir vivências emocionais intensas, como as referidas na subcategoria - *Conhecimento de si*, numa prática que visa a aceitação e mobilização dos conteúdos vividos ao encontro do aprimoramento da intervenção.

em relação com o trabalho emocional dos enfermeiros, torna-se claro que os enfermeiros não experienciam emoções fortes apenas no contexto do trabalho mas também usam conscientemente essas emoções para desenvolver, melhorar e refinar a sua prática. Esta é uma capacidade de alto nível e na qual é requerida grande honestidade, tenacidade e perseverança.¹⁴ (trad. do autor) (Henderson, 2001, p.135).

Na subcategoria em cima referida são verbalizados sentimentos de “*angústia*”, “*receio*”, ambivalência face à intervenção, numa clara referência ao limite individual, “*onde não é possível fazer mais*”, podendo gerar “*contra-attitudes*”, num trabalho que “*exige muita disponibilidade*”. Afirmações que se relacionam profundamente com a estruturação e os limites da relação terapêutica.

Ao finalizar o *focus group* vários enfermeiros se pronunciaram acerca da importância/necessidade de momentos como o que tinham acabado de viver, reconhecendo o *focus group* como um momento de reflexão. Quatro dos sete enfermeiros participantes (contabilizando a UR já em cima referida) evidenciaram explicitamente a importância de momentos em que se possa pensar/refletir em equipa sobre esta e/ou outras temáticas.

“E5 – *sinceramente faz-me sentido pensar em equipa sobre estas questões.*”

¹⁴“In relation to the emotional labor of nurses, it is clear that nurses not only experience strong emotions in the context of work but also consciously use those emotions to hone, refine and improve their practice. This is a high-level skill and one which requires great honesty, tenacity and perseverance.” (Henderson, 2001, p.135)

E6 – *sim...*

E5 – *com toda a sinceridade, eu sinto que neste momento é possível falar sobre estas coisas, houve muito tempo que não foi possível falar sobre isto, não era permitido pensar sobre isto e que não tínhamos ninguém que nos ajudava a pensar sobre isto e acho que neste momento isso é permitido e é importante...*

E3 – *não só em relação a esta problemática, como em relação a outras...*”

Apontamos, na confluência de tudo o que foi referido, a **supervisão clínica em enfermagem** (SCE) como um possível caminho para dar resposta, à necessidade expressa de momentos de discussão, reflexão, desenvolvimento da intervenção no que se refere à família, suporte e significação dos conteúdos/fenómenos decorrentes da relação terapêutica.

Na categoria - *Intervenções a desenvolver* é ainda referida, por dois enfermeiros, a necessidade de uma maior e melhor articulação com as estruturas comunitárias. Um dos enfermeiros afirma, que este trabalho deve ser desenvolvido pela equipa do internamento, o outro, defende que deve ser desenvolvido pelas equipas de ambulatório. A articulação com a comunidade não se constitui, de forma clara, como uma área atual de planeamento, circunscrita na quase totalidade aos argumentos de dois enfermeiros. Parece-nos que as questões levantadas na subcategoria - *Articulação com a comunidade* necessitariam de uma abordagem mais focalizada, em estudo próprio, que não comporta a abrangência deste projeto.

6.2. Planeamento

A SCE funda-se numa dimensão reflexiva, criando espaços de partilha e desenvolvimento ao encontro das necessidades expressas nas unidades de registo anteriormente citadas. Uma proposta onde o foco se centra nos enfermeiros, na sua “relação” com a prática na dimensão de “*Como é que podemos lidar com essas situações.*” (E7), ou com os referidos sentimentos de angústia, ambivalência e receio vividos na relação terapêutica, bem como, com os fenómenos contratransferenciais.

num processo de supervisão, ainda que seja importante o trabalho realizado e as condições em que foi realizado, o foco de atenção principal é sempre o trabalhador. O objectivo fundamental é a supervisão, formação e orientação do indivíduo, baseado nas suas necessidades e dirigida à utilização plena das suas capacidades, tendo em vista o desenvolvimento de novas capacidades.” (Garri-do, 2004, p.47)

Abreu (2003) refere-se à supervisão como o “processo de acompanhamento focalizado, envolvendo uma reflexão sobre a prática” (p.18).

No contexto do modelo de desenvolvimento profissional a Ordem dos Enfermeiros define supervisão clínica como “um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a protecção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática” (2010b, p.5)

A Ordem dos Enfermeiros (2010b) aponta para o potencial formador da SCE ao encontro de novas dinâmicas e práticas profissionais: “Reconhece-se o potencial formador da supervisão clínica e a sua capacidade de gerar novas dinâmicas e práticas profissionais. Reconhece-se também o seu potencial valor epistemológico e a importância deste para o aprofundamento e desenvolvimento da profissão.” (p.7).

Abreu (2007) caracteriza a SCE como um processo de acompanhamento dos enfermeiros pelos seus pares tendo como pilar fundamental o “princípio do desenvolvimento pessoal e profissional” (p.18).

um corpo crescente de pesquisa está centrado na investigação em supervisão clínica do pessoal de enfermagem psiquiátrica (Buus & Gonge, 2009) e são necessários meios inovadores para promover esta investigação (Hyrkäs, 2006). A supervisão clínica é uma atividade formalizada que permite aos técnicos refletir sobre a sua prática clínica na presença de um supervisor mais experiente.

É largamente assumida pelos efeitos formativos, normativos e restaurativos nos participantes (Proctor, 1987)¹⁵ (trad. do autor) (Buus & Gonge, 2010, p.345).

Severinsson (2001) refere que a: “supervisão clínica em enfermagem tem sido descrita como o fenómeno que abarca tanto a relação entre supervisor e supervisionado, como o processo de aprendizagem da experiência clínica”¹⁶ (trad. do autor) (p.36). Remetendo para o objetivo de suporte e desenvolvimento de competências “o objetivo principal da supervisão clínica é apoiar o desenvolvimento da identidade profissional, competência, capacidades e ética do supervisionado.”¹⁷ (trad. do autor) (Severinsson, 2001,p.36).

Macculloch (2009) em “Clinical supervision and the well-being of the psychiatric nurse” centrado-se nas necessidades dos enfermeiros que prestam cuidados na área da saúde mental descreve um contexto complexo.

aqui está um *setting* no qual o foco pode estar nas preocupações dos técnicos relacionadas com o que está a acontecer com o cliente, nos assuntos complexos que rodeiam as tomadas de decisão clínica, e como, face a isto, permanecerem ligados aos valores humanos e compassivos que importam para si. A necessidade de reencontrar, ligar-se a, e sustentar um sentido de significado e propósito neste trabalho difícil, é vital. É necessário haver um contexto em que isto é possível, e de facto encorajado, para reconhecer e lidar com as respostas emocionais poderosas e importantes que tal trabalho suscita.¹⁸ (trad. do autor) (p. 590).

Macculloch (2009) destaca a SCE como um processo que facilita a vivência de situações clínicas complexas.

a supervisão clínica para muitos técnicos de saúde mental é uma parte essencial de um processo regular que facilita a reflexão guiada na prática do dia a dia, e a validação de decisões tomadas em situações clínicas complexas e desafiantes.¹⁹ (trad. do autor) (p. 589).

¹⁵ “An increasing body of research is concerned with investigating clinical supervision of psychiatric nursing staff (Buus & Gonge, 2009) and innovative ways of advancing this research are required (Hyrk’as, 2006). Clinical supervision is a formalized activity that allows staff to reflect on their clinical practice in the presence of amore experienced supervisor. It is widely assumed to have formative, normative, and restorative effects on the participants (Proctor, 1987)” (Buus & Gonge, 2010, 345)

¹⁶ “Clinical nursing supervision has been described as a phenomenon that embraces both the relationship between the supervisor and the supervisee and the learning process of clinical experience.” (Severinsson 2001, p.36)

¹⁷ “The general objective of clinical supervision is to support the development of the supervisee’s job identity, competence, skills and ethics.” (Severinsson 2001, p.36)

¹⁸ “Here is a setting in which the focus can be on the practitioners concerns related to what is happening for the client, to the complex issues that surround the clinical decisions made, and how, in the face of all this, to hold fast to the humane, compassionate values that matter to them. The need to re-find, connect with, and sustain a sense of meaning and purpose in this difficult work is vital. And, there needs to be a context in which it is possible, and indeed encouraged, to acknowledge and attend to the powerful emotional responses such important work elicits.” (Macculloch, 2009, p. 590)

¹⁹ “Clinical supervision for many mental health practitioners is an essential part of a regular process that facilitates guided reflection on day to day practice and the validation of decisions made in complex and challenging clinical situations.” (Macculloch, 2009, p. 589)

Uma relação de suporte e desenvolvimento onde os enfermeiros podem (re)significar o vivido.

A instituição onde decorreu este trabalho de projeto publicou em 2011 um procedimento multisectorial relativo à supervisão clínica (SC) definindo-a como um processo formal de apoio destinado a todos os profissionais em atividade clínica, vinculando-a ao desenvolvimento de conhecimentos e competências no sentido de assegurar a melhoria contínua da qualidade e segurança das práticas. Neste procedimento a SC é associada à redução de riscos para os profissionais como o *burnout*, a exaustão emocional, a depressão e a auto-depreciação.

Cleary e Freeman (2005) numa revisão de autores dão-nos conta de vários estudos que evidenciam vantagens da SCE.

a supervisão clínica é um componente bem reconhecido da psiquiatria, trabalho social e psicologia e a sua aplicabilidade à enfermagem tem ganho um interesse crescente nos últimos anos. Pode melhorar o cuidado aos pacientes, reduzir erros, promover a eficiência, aperfeiçoar a performance do pessoal e reduzir o *burnout* (Nicklin, 1995; Severinsson & Borgenhammar, 1997). Outros benefícios para o pessoal incluem o aumento da satisfação profissional, a melhoria da integração do conhecimento teórico e prático, e o aumento da confiança, auto-estima, e empatia (Arvidsson, L'ofgren, & Fridlund, 2001). A supervisão clínica também oferece uma oportunidade para a prática refletida, abrindo caminho para análise e aperfeiçoamento (Coakley & Scoble, 2003).²⁰ (trad. do autor) (p.490).

Numa área de cuidados profundamente centrada na relação terapêutica a SCE assume-se como uma ferramenta indispensável ao desenvolvimento profissional, mobilização da vivência e gestão de emoções, fenómenos transferenciais e contra-transferenciais, impasses ou resistências, no sentido de preservar a relação terapêutica. Fornecendo *feedback* sobre a intervenção/interação desenvolvida, a supervisão pode facilitar o desenvolvimento de dimensões alternativas em relação à perspetiva dinâmica da criança/família. A supervisão vincula-se profundamente à promoção da qualidade do exercício profissional e à qualidade dos cuidados.

²⁰ “Clinical supervision is a well-recognised component of psychiatry, social work, and psychology and its applicability to nursing has gained increased interest in recent years. It can improve patient care, reduce errors, improve efficiency, enhance staff performance, and reduce burnout (Nicklin, 1995; Severinsson & Borgenhammar, 1997). Other benefits to staff include improved job satisfaction, enhanced integration of theoretical and practical knowledge, and increased confidence, self-esteem, and empathy (Arvidsson, L'ofgren, & Fridlund, 2001). Clinical supervision also provides an opportunity for reflective practice, opening the way for review and improvement (Coakley & Scoble, 2003).” (Cleary & Freeman, 2005, p.490).

Apesar do procedimento multissetorial em cima referido, que dá orientações sobre o processo de implementação da SC, na instituição onde este projeto foi desenvolvido, não temos conhecimento, com os pressupostos e orientações que são subjacentes ao referido procedimento, da sua aplicação e desenvolvimento no âmbito da enfermagem.

A tese de doutoramento de Cruz (2012) “Do ad hoc a um modelo de supervisão clínica em enfermagem em uso” remete-nos para uma experiência de investigação nacional que teve como objeto de estudo a SCE, o seu desenvolvimento e implantação. Decorreu no Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E., em várias unidades de internamento: Medicina, Obstetrícia, Ginecologia/Bloco de Partos e Pediatria, ao longo de cerca de quatro anos.

Este estudo englobou ainda a tradução, adaptação cultural e validação da Manchester Clinical Supervision Scale^R (MCSS^R), instrumento que avalia a eficiência e eficácia da SCE.

A literatura ao longo dos anos tem apontado para uma escassez de trabalhos no que se refere à implementação da SCE.

uma revisão de literatura em enfermagem revela a escassez de artigos especificamente focados na implementação de supervisão clínica (Cutcliffe & Proctor, 1998; Clifton, 2002; Fowler and Chavannes, 1998; Gonsalvez, Oades & Freestone, 2002; Jones, 1998; Mullarkey & Playle, 2001; Riordan, 2002; Spence, Cantrell, Christie & Samet, 2002)²¹ (trad. do autor) (Lynch, Happell, Sharrock & Cross, 2008, p.2).

Vários autores fazem referência à falta de conhecimento sobre a SCE como um dos fatores que mais contribui para a resistência na sua implementação, envolvendo-a em mitos e equívocos que a vinculam a outros tipos de relação. “A visão da SCE como avaliação e, na opinião de alguns dos participantes, penalização tem um impacto profundamente negativo sobre os enfermeiros e podemos afirmar que converge mesmo para a resistência à sua implementação.” (Cruz, 2012, p.91).

o nosso estudo evidencia que, inicialmente, os enfermeiros supervisionados perspetivaram a supervisão como uma ameaça tal como Clouder e Sellars (2004) chamam a atenção “Practitioners might perceive clinical supervision to be a threatening form of surveillance because it is formalized and has been seen as a top-down initiative” (p.267). (Cruz, 2012, p.270)

²¹ “A review of the nursing literature reveals a paucity of papers specifically focused on the implementation of clinical supervision. (Cutcliffe & Proctor, 1998; Clifton, 2002; Fowler and Chavannes, 1998; Gonsalvez, Oades & Freestone, 2002; Jones, 1998; Mullarkey & Playle, 2001; Riordan, 2002; Spence, Cantrell, Christie & Samet, 2002).” (Lynch, Happell, Sharrock & Cross, 2008, p.2)

Lynch et al. (2008), num artigo reportando-se a um estudo que investigou a implementação da SCE num serviço de saúde mental na Austrália, afirmam a educação/formação de ambos, supervisores e supervisandos, como um fator essencial para a implementação da SCE.

na literatura existente, é reconhecida a necessidade da formalização da educação e treino como partes essenciais para a implementação bem sucedida da supervisão clínica. A importância da educação e do treino foram atribuídas a dois fatores primários, mas interrelacionados. Primeiramente, a cultura da profissão de enfermagem não tem tradicionalmente incluído a supervisão clínica como uma parte essencial da prática profissional. Secundariamente, a educação e o treino é necessário para que ambos supervisores e supervisandos tenham um claro entendimento da supervisão clínica, livre de muitos mitos e falácias que frequentemente surgem quando esta iniciativa é introduzida. A educação providenciou a oportunidade para supervisores e supervisandos de igual modo compreenderem a supervisão clínica e para a distinguirem de outras relações como a supervisão de gestão e terapia (McKeown, 2001; Riordan, 2002)²² (trad. do autor) (Lynch et al., 2008, p.2)

Constitui-se como fundamental para a implementação da SCE um entendimento comum sobre a sua natureza e objetivos.

a literatura descreve que a falta de um entendimento comum sobre a natureza e o propósito da supervisão clínica é uma barreira major à sua efetividade (Hyrkas, Appelqvist-Schmidlechner & Paunonen-Ilmonen, 2002; Howatson-Jones, 2003; Cleary & Freeman, 2005; Green-Lister & Crisp, 2005; Kilcullen, 2007; Koivu, Hyrkas & Saarinen, 2011) (Cruz, 2012, p. 270).

O procedimento multissetorial, já referido, sobre SC clarifica que esta não deve ser confundida com supervisão de estudantes, nem com o processo utilizado na supervisão associada à gestão. Refere-se ainda à SC como um processo formal e estruturado realizado por supervisores com formação que deverá decorrer num ambiente protegido respondendo ao princípio de confidencialidade.

²² “Within the existing literature, the need for formalised education and training is recognised as an essential component for the successful implementation of clinical supervision. The importance of education and training has been attributed to two primary, but interrelated factors. Firstly, the culture of the nursing profession has not traditionally embodied clinical supervision as an essential part of professional practice. Secondly, education and training is required in order that both supervisors and supervisees have a clear understanding of clinical supervision, free from the many myths and misconceptions that frequently surface when this initiative is introduced. Education provided the opportunity for supervisors and supervisees alike to understand clinical supervision and be able to distinguish it from other relationships such as managerial supervision and therapy (McKeown, 2001; Riordan, 2002)” (Lynch et.al, 2008, p.2)

Macculloch (2009) define várias características da relação de supervisão.

através de uma relação profundamente respeitosa e empática, há o potencial para os técnicos serem nutridos, se afirmarem, se desafiarem, e se revigorarem. Podem experienciar um espaço seguro de confiança no qual podem refletir profundamente no impacto da sua prática no cliente e nos processos interiores que o seu trabalho desperta neles mesmos (McKeown, 2001; Riordan, 2002)²³ (trad. do autor) (Macculloch, 2009, p. 590).

Existem inúmeros modelos de SCE, Abreu (2003) refere: “(...) podemos identificar, na literatura anglo-saxónica, diversos modelos de SCE: Proctor (1986), Page e Wosket (1994), Hawkins e Shohet (1989), Johns (1997, 1998), Butterworth e Faugier (1992) e os modelos reflexivos de Van Manen e Smith e Hatton.” (p.18).

Também a escolha do modelo de SCE deverá envolver os participantes. Cruz (2012), citando Garrido et al. (2008) descreve

“(...) nenhum modelo é melhor que o outro, o contexto organizacional e profissional é que irá determinar a seleção do modelo a utilizar, uma vez que o propósito dos modelos é fornecer referências objetivas para a tomada de decisão em contexto” (p.27). (p.100).

Os pressupostos para o desenvolvimento e implementação de uma prática de SCE remetem também para a escolha e para as características dos supervisores.

O procedimento multissetorial sobre SC, em vigor na instituição onde se desenvolveu este trabalho, vincula a qualidade da SC à escolha dos supervisores, apontando para a necessidade de formar e selecionar supervisões. Define o supervisor como um par/profissional com formação em SC, detentor de um conjunto de competências relacionais, técnico-profissionais, de ensino, de aconselhamento e capacidade de *feedback* com vista ao desenvolvimento dos supervisados e à excelência e qualidade dos cuidados.

Cruz (2012) destaca ainda a importância de o supervisor não manter uma relação hierárquica com o supervisado.

o supervisor clínico deve ter um perfil adequado ao papel que desempenha e não deve ser hierarquicamente superior ao supervisado. Segundo Hyrkas (2002), o atributo que distingue a liderança da supervisão clínica é a natureza da relação entre supervisor e supervisado (p.113).

²³ “Through the medium of a deeply respectful, empathic relationship there is the potential for practitioners to be nourished, affirmed, challenged, and refreshed. They can experience a safe trusting space in which to reflect deeply on the impact of their practice on the client and of the inner processes that their work is triggering in themselves.” (Macculloch, 2009, p. 590)

Do procedimento multissetorial já abordado destaca-se ainda o Acordo de Supervisão onde constam dados como a identificação do supervisor e do supervisionado, a frequência da supervisão, o tempo de duração da sessão, a data de revisão do acordo, informação relativa à guarda dos registos das sessões, conteúdos e meios de decisão/monitorização e objetivos a alcançar. Consta ainda uma cláusula de confidencialidade prevendo em seguida a assinatura tanto do supervisor como do supervisionado.

o contrato ou acordo de supervisão clínica é uma ferramenta prática e fundamental na SCE. Lynch, Hancox, Happell e Parker (2008) afirmam que “(...) the clinical supervision agreement is one safeguard” (p.190). Este ajuda não só o supervisor e o supervisionado a prepararem-se para o processo mas também a comprometerem-se com ele (Cruz, 2012, p. 258).

Cruz (2012) aponta a avaliação da SCE como crucial tendo, numa fase preliminar da investigação que realizou, procedido à “tradução, adaptação cultural e validação da MCSS^R do inglês para a língua portuguesa de Portugal” (p. 74).

a versão portuguesa avalia efetivamente aspetos do processo supervisão, o que permite aos supervisores e aos supervisionados ajustarem estratégias para melhorarem os resultados da supervisão disponibilizada mas também aumentarem a qualidade e a segurança dos cuidados prestados aos clientes (Cruz, 2012, p. 76).

Cruz (2012) indica a avaliação da SCE após seis meses de implementação “tempo mínimo considerado pela autora da MCSS^R para se poder avaliar a SCE disponibilizada (Winstanley, 2000)” (p.184). Cruz (2012) destaca dois ciclos de mudança ao longo do processo de investigação que desenvolveu. “O primeiro ciclo focalizou-se na mudança do objeto central da SCE, da conceção e do conteúdo em SCE nos serviços selecionados. O segundo ciclo, após a estabilização do adquirido no primeiro, centrou-se no desenvolvimento e implementação do MSCEC²⁴.” (Cruz, 2012, p. 290).

No decorrer da fase I e após a análise de conteúdo de várias entrevistas realizadas a autora concluiu que “havia muita confusão e desconhecimento sobre o que é a SCE, que modelos existem, de que forma se estrutura o processo supervisão, que perfil deve ter o supervisor clínico, entre outros aspetos.” (Cruz, 2012, p. 147). Face ao exposto desenvolveu um plano de formação ao encontro das lacunas encontradas, processo que funda os pilares da implementação e operacionalização da SCE.

²⁴ MSCEC – Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado

Desta primeira fase a autora destaca aspetos determinantes vinculados a um primeiro ciclo de mudança:

- A valorização do enfermeiro como objeto central da SCE;
- A especificação dos objetivos da SCE;
- A clarificação do conceito de SCE e do termo enfermeiro supervisor clínico;
- A explicitação relativa às funções, às estratégias e ao processo supervisão;
- A constatação das falhas e da inadequação das práticas supervisivas em uso;
- A necessidade da valorização do exercício profissional e da conceção de cuidados (Cruz, 2012, p. 290).

Baseando-nos na investigação desenvolvida por Cruz (2012) e na restante evidência apresentada, destacamos as possíveis etapas referentes à fase de planeamento tendo em conta a execução/implementação de uma prática de SCE:

- ✓ Divulgar à equipa de enfermagem os dados resultantes do *focus group* promovendo o reconhecimento de áreas de carência, que necessitam de desenvolvimento e intervenção;
- ✓ Propor a SCE como uma prática que parece fazer face às necessidades referidas;
- ✓ Identificar os conhecimentos da equipa de enfermagem sobre a SCE;
- ✓ Estruturar plano de formação centrado nas necessidades demonstradas;
- ✓ Eleger em conjunto com a equipa o modelo de SCE que mais se adequa ao contexto dos cuidados;
- ✓ Implementar o modelo de SCE;
- ✓ Avaliar a SCE passados seis meses de implementação através da MCSS^R

6.3. Execução

Esta fase cumpre-se na execução das atividades planeadas.

Foi realizado, para a equipa de enfermagem, um momento de apresentação/divulgação da análise dos dados e do diagnóstico de situação, remetendo tanto para o reconhecimento da práxis, como para a identificação das áreas de carência, propondo a SCE como a prática que parece dar resposta às necessidades identificadas.

As restantes fases definidas no planeamento não foram executadas, em face das limitação de tempo deste projeto e da exigência, tendo em conta a evidência encontrada, de a implementação de uma prática de SCE, necessitar de várias fases distendidas no tempo.

O trabalho de Cruz (2012) que contempla a implementação de uma prática de SCE refere-se a uma tese de doutoramento, sendo irrealista desenvolver todas as fases que seriam necessárias para a implementação da prática de SCE no âmbito deste trabalho de projeto.

6.4. Avaliação do PIS

O interesse pela práxis, privilegiando as várias dimensões presentes na intervenção dos enfermeiros com crianças com perturbação do comportamento foi fio condutor deste projeto. Afirmamos, suportados por Benner (2001) o contexto da prática clínica como gerador de conhecimento, profundamente vinculado às especificidades de cada contexto.

A metodologia de projeto foi trave-mestra do trabalho aqui apresentado privilegiando a forte ligação à práxis clínica.

O *focus group* permitiu dar voz aos enfermeiros em equipa, dentro da dinâmica socio-laboral que os reúne à volta do tema em reflexão, na tentativa de compreendermos como processam e expressam, em interação, as suas opiniões, perspetivas e atitudes. Foi potenciada uma dinâmica de diálogo e reflexão, que em si mesma, pode ser veículo de ampliação do conhecimento e compreensão, que a equipa desenvolve sobre a sua intervenção com as crianças já descritas.

A dinâmica que acabamos de referir é manifestamente expressa em unidades de registo que identificam e valorizam o *focus group* como um momento de reflexão necessário para estas e outras temáticas.

Propusemos ao longo da discussão de resultados um diálogo entre os dados recolhidos e a teoria/evidência científica num movimento que integra, articula, amplia e reconhece a intervenção. Procurou-se, como anunciado no início deste projeto, compreender a intervenção no sentido de apontar para a emergência de um conhecimento que nasce da própria equipa de enfermagem, consistente não por uma autoridade em si, mas pela sua capacidade de diálogo com o real.

Um percurso de aproximação aos significados contidos na práxis de enfermagem desenvolvendo novas compreensões e conhecimentos, ampliando a compreensão da ação cuidativa dos enfermeiros. Partindo da discussão de resultados e do conhecimento que aí se edificou o planeamento incidu sobre áreas identificadas como de maior carência ou “dificuldade”, propondo-se a SCE como uma abordagem que, acreditamos, responder de forma clara às necessidades expressas.

A SCE assume-se como uma ferramenta profundamente vinculada ao desenvolvimento e suporte profissional, facilitando a gestão de emoções, fenómenos transferenciais e contra-transferenciais, impasses ou resistências vividos na relação terapêutica. A SCE prevê um espaço vital para a preservação da própria relação terapêutica. Fornecendo *feedback* sobre a intervenção/interação desenvolvida, a SC pode facilitar o desenvolvimento de dimensões alternativas em relação à perspetiva dinâmica da criança, que sendo dinâmica vive da fluidez da relação. A SCE está intimamente ligada à promoção da qualidade do exercício profissional e com isto à qualidade dos cuidados.

Foi realizado um momento de divulgação da análise dos dados e do diagnóstico de situação, devolvendo aos enfermeiros o que implícita ou explicitamente parece ser mobilizado no ato de cuidar, promovendo o (re)conhecimento e desenvolvimento da práxis, na intervenção relativa às crianças dos 6 aos 11 anos com perturbação do comportamento. Promoveu-se ainda, no momento anteriormente referido, o reconhecimento das áreas de carência/dificuldade identificadas e referidas pelos enfermeiros participantes, anunciando-se a SCE como a prática que parece dar resposta às necessidades identificadas.

Grande parte da fase da execução, na confluência com a implementação de uma prática de SCE, abordagem que implica vários passos (distendidos no tempo), para garantirmos uma implementação de sucesso (se tivermos em conta as orientações disponíveis e expostas anteriormente), estruturou-se em orientações teóricas, que almejamos possam desembocar numa execução/implementação a longo prazo.

Consideramos desta forma terem sido cumpridos os objetivos a que nos propusemos no início deste trabalho de projeto:

- a) Identificar áreas da práxis referidas pelos enfermeiros face à sua intervenção com crianças que apresentam perturbações do comportamento;
- b) Divulgar os dados à equipa promovendo o (re)conhecimento e o desenvolvimento da práxis face às crianças já descritas;
- c) Propor intervenções que possam ir ao encontro de áreas de maior carência identificadas pelos enfermeiros;

7. Sugestão para projetos futuros

O trabalho de projeto que apresentamos, na procura do conhecimento das várias dimensões da práxis, relaciona-se profundamente com o conceito de raciocínio clínico.

Aprofundando ainda mais a pesquisa, em estudos futuros, seria pertinente desenvolver e clarificar componentes do raciocínio clínico face à intervenção com às crianças já descritas. Que processos cognitivos e/ou não cognitivos o enfermeiro mobiliza na intervenção com crianças com perturbação do comportamento? Quais os elementos deste processo?

O raciocínio clínico é transversal a todas as ações do enfermeiro, um processo que estrutura a práxis e dá corpo às várias dimensões mobilizadas na intervenção. Tanner (2006) definindo o âmbito em que vai utilizar o termo de raciocínio clínico escreve:

«Raciocínio clínico» é o termo que irei utilizar para referir os processos pelos quais os enfermeiros e outros clínicos fazem os seus julgamentos e inclui quer os processos deliberados de gerar alternativas, pesando-as contra as evidências e escolhendo a mais apropriada, quer aqueles padrões que podem ser caracterizados como inerentes ao raciocínio prático (ex. reconhecimento de um padrão, compreensão clínica intuitiva, uma resposta sem evidente ponderação prévia).²⁵ (trad. do autor) (Tanner, 2006, p. 205).

Centremo-nos por momentos no conceito de raciocínio clínico em enfermagem.

(...) o raciocínio clínico em enfermagem pode ser definido como um processo cognitivo complexo que usa estratégias formais e informais de pensamento para angariar e analisar informação do paciente, avaliar a significância desta informação e pesar ações alternativas. Os princípios fundamentais deste conceito incluem a cognição, metacognição e conhecimento específico da disciplina. Estratégias formais e informais de pensamento envolvem análise de decisões, processamento de informação e intuição para avaliar o valor dos dados do paciente.²⁶ (trad. do autor) (Simmons, 2010, p. 1155).

Ao encontro da complexidade do raciocínio clínico é necessário um investimento permanente numa perspetiva de clarificação e entendimento, valorizando os diversos

²⁵ “Clinical reasoning” is the term I will use to refer to the processes by which nurses and other clinicians make their judgments, and includes both the deliberate process of generating alternatives, weighing them against the evidence, and choosing the most appropriate, and those patterns that might be characterized as engaged, practical reasoning (e.g., recognition of a pattern, an intuitive clinical grasp, a response without evident forethought).” (Tanner, 2006, p. 205)

²⁶ “Based on this concept analysis, clinical reasoning in nursing can be defined as a complex cognitive process that uses formal and informal thinking strategies to gather and analyse patient information, evaluate the significance of this information and weigh alternative actions. Core essences of this concept include cognition, metacognition and disciplin specific knowledge. Formal and informal thinking strategies blend decision analysis, information processing and intuition to evaluate the value of patient data.” (Simmons, 2010, p.1155)

padrões de conhecimento que o constituem. Pesquisas como as de Benner (2001) e Simmons (2010) defendem um processo fundado na prática clínica, interativo (não linear) e recursivo onde o raciocínio intuitivo é considerado. Um processo profundamente vinculado ao contexto da práxis clínica e à relação particular enfermeiro-cliente.

Benner, Tanner & Chesla, (2009) afirmam o raciocínio clínico em enfermagem orientado por processos intuitivos, descreve uma práxis orientada intuitivamente com grande ênfase na relevância do conhecimento que advém da prática nivelando-o ao conhecimento teórico.

a enfermagem, como toda a prática clínica e a prática de disciplinas científicas em geral, é uma combinação especial de teoria e prática na qual é evidente que a teoria guia a prática e a prática sedimenta a teoria dum modo que mina qualquer tentativa filosófica de dizer qual é superior à outra. Também em casos de colapso ou em novas áreas em que a intuição não está desenvolvida, o raciocínio é um guia necessário, mas o raciocínio pressupõe sempre uma base de intuições que nunca podem ser substituídas por racionalidade – daí a necessidade de uma prática guiada intuitivamente. A enfermagem, assim, demonstra ser uma arte especialmente esclarecedora na qual se pode ver simultaneamente o poder e os limites da racionalidade teórica.²⁷ (trad. do autor) (Benner, Tanner & Chesla, 2009, p.17).

O raciocínio clínico é situacional, profundamente dependente do contexto de cuidados, do domínio específico de conhecimento, bem como, de múltiplas variáveis grande parte delas difíceis de medir, como as características pessoais e profissionais do próprio enfermeiro.

O termo raciocínio clínico, ou julgamento clínico é referido e articulado por Benner (2001) na descrição do Modelo que desenvolveu de aquisição de competências. O modelo descreve um contínuo de desenvolvimento profissional, com cinco níveis de aquisição e desenvolvimento de competências: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito. Cada um destes níveis apresenta diferentes características relativas ao desempenho e à análise /apreciação crítica das situações clínicas (diríamos na forma como se estrutura o raciocínio clínico).

²⁷“ Nursing, like all medical practice and the practice of scientific disciplines in general, is a special combination of theory and practice in which it is clear that theory guides practice and practice grounds theory in a way that undercuts any philosophical attempt to say which is superior to the other. As well, in cases of breakdown or new areas where intuition is not developed, reasoning is a necessary guide, but reasoning always presupposes a background of intuitions that can never be replaced by rationality—thus, the necessity of intuitively guided practice. Nursing, then, turns out to be an especially illuminating craft in which one can see both the power and the limits of theoretical rationality.” (Benner, Tanner & Chesla., 2009, p.17)

II - Análise crítica das competências de mestre

Este trabalho tem como objeto de estudo a prática clínica na dimensão do conhecimento que nela se produz, na forma como este pode ser investigado, formalizado e partilhado num movimento de permanente (re)construção. A reflexão sobre as competências adquiridas está em linha de convergência com o trabalho realizado, funda-se na prática clínica convocando tudo o que é próprio num movimento reflexivo que é retorno e (re)construção. A experiência de aprendizagem e o desenvolvimento de competências, tal como a relação terapêutica, que fomos falando ao longo de todo o trabalho, retornam a uma experiência de encontro.

“Aprender é uma experiência de encontro de duas direcções num mesmo sentido. Que começa em todas as carteiras por onde se passa antes de pôr o pé, uma primeira vez, na escola.” (Sá, 2007, p.30).

Este encontro é fio condutor, tece ligação e dá sentido numa integração que reconhece unicidade e coerência. Convoca-se o percurso, evocam-se marcos, aceitando o que ainda não pode ser dito/escrito em palavras. As palavras precisam de uma certa maturação para se tornarem vivas e pertencerem ao domínio do Ser.

Interessa antes de mais situarmo-nos no conceito de competência. A mudança de paradigma para um modelo de desenvolvimento de competências funda uma nova forma de conceção do desenvolvimento profissional.

é o da mudança do paradigma de ensino de um modelo passivo, baseado na aquisição de conhecimentos, para um modelo baseado no desenvolvimento de competências, onde se incluem quer as de natureza genérica - instrumentais, interpessoais e sistémicas - quer as de natureza específica associadas à área de formação (D. L. nº 74/2006, p. 2243).

Compreende-se a formação como um processo contínuo profundamente vinculado ao sujeito e ao meio que o envolve. Um conhecimento em permanente interação com os vários contextos que compõem a vida do sujeito.

concebe-se hoje o conhecimento como dinâmico, personalizado, contextualizado, socialmente construído, interligado nas suas parcelas. Exige-se dos profissionais competência, responsabilidade, trabalho em equipa e desenvolvimento colaborativo de saberes. Entende-se a formação como um processo contínuo de apropriação pessoal do saber em contextos interactivos. Aspira-se a que a educação conduza a um mundo mais humanizado. Aceita-se uma perspectiva holística, ecológica (Alarcão & Rua, 2005, p. 374).

Uma aprendizagem ao longo da vida que tem em linha de conta não só a integração da aprendizagem académica como aquela que diz respeito à prática profissional.

aos novos profissionais já não é só exigido o tradicional conjunto de saberes e de competências a nível das habilidades, destreza, segurança, atitudes ou conhecimentos. Solicita-se a capacidade de contribuir para o desenvolvimento da profissão e de trabalhar os fundamentos da mesma (...); solicita-se a abertura para a aprendizagem ao longo da vida, a motivação para a auto-avaliação e a formulação de contributos para as ciências de enfermagem (Abreu, 2003, p. 22).

A formação orientada para o desenvolvimento de competências convoca na pessoa do enfermeiro (com todas as suas particularidades/vivências) o diálogo entre os conhecimentos disciplinares e a experiência profissional, numa dimensão crítica, integrativa e construtiva (não cumulativa). Este paradigma devolve ao próprio e às instituições, onde se desenrola a prática profissional, a responsabilidade no desenvolvimento de competências. A construção do curriculum baseado no desenvolvimento de competências, parece assim, abandonar a primazia dos saberes disciplinares/académicos para se aproximar da prática clínica, numa horizontalização dos processos de saber que percorre os vários aspetos da vida do enfermeiro. O referido conduz ao abandono da separação entre ser, saber e saber-fazer centrando o esforço na integração de todos estes aspetos.

O processo de formação da identidade profissional, profundamente ancorado ao desenvolvimento de competências implica um trabalho/investimento/reflexão sobre si próprio em relação a vários contextos, destacando aqui (como ao longo de todo este trabalho) a relação terapêutica estabelecida com o cliente.

A experiência constrói-se na prática diária, num contexto específico que comporta tanto a pessoa do enfermeiro como o cliente afirmando esta relação como fonte de significado, experiência e aprendizagem.

Evocamos Peplau (1990), presença permanente neste trabalho, na sua teoria das relações interpessoais. Peplau remete-nos para um estar em relação terapêutica que construa aprendizagem, reconhecimento dos recursos, conhecimento de si e do outro, numa globalidade que se parece aproximar deste conceito de competência (ainda que o conceito não tenha sido conceptualizado por esta autora). Integra-se a dinâmica do Ser, na sua subjetividade, aspetos individuais, culturais, sociais, numa relação interpessoal onde a intervenção não se centra na patologia (remetendo para o modelo biomédico), mas na globalidade do Ser, tanto do enfermeiro como do cliente.

A noção de competência não se associa a um estado (de ser competente), mas antes a um processo. Um processo de mobilização de recursos em relação a uma situação específica. Le Boterf (2003) propõe que a competência é a possibilidade de mobilizar recursos, um conjunto de saberes, para enfrentar uma situação concreta, destaca no entanto, que competência não reside nos recursos a serem mobilizados, mas no próprio processo de mobilização. O mesmo autor localiza a competência num ponto de convergência entre a pessoa, a sua formação académica e a sua experiência profissional. A competência não é um somatório de saberes, mas um saber agir numa situação específica, que engloba saber mobilizar, integrar e transmitir conhecimentos adquiridos não só através da formação, como também, de todos os conhecimentos e experiências adquiridos ao longo da vida. Esta definição de competência eleva a tarefa de aqui descrevermos as competências adquiridas, tendo como referencial o perfil de competências de mestre, para um nível de inter-relação complexo e difícil de descrever, onde tudo o que é escrito parece ficar aquém, numa visão simplista e inacabada.

Afirmando a formação como componente essencial do desenvolvimento pessoal e profissional, o percurso da autora, tem sido pautado pela procura do desenvolvimento de competências ao nível da área de prestação de cuidados. Um percurso académico de especialização desenvolvido na ESS-IPS, que incluí a realização da pós-graduação em Enfermagem de Saúde Mental Materno-Infantil Infanto-Juvenil (2007-2008), passando pela realização do Curso de pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (2010-2011), culminando com a realização do presente mestrado.

Em concordância com a abrangência, a interdependência e a transversalidade da construção de competências, numa procura fortemente marcada pelo autoconhecimento, em 2008 foi também iniciado um percurso formativo na Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves vinculado ao Curso de Técnicos de Aconselhamento (que inclui dimensão teórico-prática, psicoterapia individual didata e supervisão clínica). Destacamos, em relação ao curso que acabamos de referir, o processo psicoterapêutico individual, assim como, a supervisão clínica, ambos percursos de desenvolvimento e auto-conhecimento em profunda ligação com todas as dimensões do sujeito. Tanto o processo psicoterapêutico, com a supervisão clínica, permanecem, no momento atual, como uma opção para o desenvolvimento do projeto pessoal/profissional.

O conhecimento pessoal privilegia a totalidade, a integridade, promove o envolvimento e o encontro interpessoal (Peplau) em que ambos, enfermeiro e cliente, se ajudam

a crescer. Acreditamos que o já referido afirma a competência de mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria: “Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas” (IPS-ESS, 2011, p. 4).

Desenvolver competências ao longo da vida é formarmo-nos e transformarmo-nos ao encontro de nós próprios e do Outro em relação.

crescer é aprender a viver com as dúvidas e, deixadas as certezas inabaláveis da adolescência, compreender que a melhor forma de transformar o mundo é transformarmo-nos... de cada vez que ficamos mais iguais a nós próprios. É, finalmente, deixar de ter respostas e poder ter dúvidas e perguntas. Isto é, ser pequenino (perante a dimensão da nossa ignorância) frente ao mundo, como quando o pudemos descobrir nos olhos dos nossos pais. A partir desse olhar, a desconfiança nasce da necessidade de saber o que está por detrás dos olhos deles, e a confiança da tranquilidade que eles guardam lá dentro (Sá, 2007, p.119).

Voltemos à definição do conceito de competência. A competência não é um estado, ou estatuto adquirido mas antes um processo, uma permanente (re)construção, daí que processos de auto-conhecimento e supervisão clínica possam ser determinantes na qualidade dos cuidados prestados.

A competência está vinculada à ação. “Não há competência senão posta em acto, a competência só pode ser competência em situação. Ela não preexiste ao acontecimento ou à situação” (Le Boterf, 2003, p. 51). O conceito de competência é bem mais amplo que o de qualificação. “Espera-se que o trabalhador exerça sua qualificação para realizar um trabalho; espera-se que o profissional operacionalize competências para administrar uma situação profissional” (Le Boterf, 2003, p. 25). A qualificação/formação é uma ferramenta para a construção de competências, implicam-se mutuamente numa dimensão construtiva, não numa dimensão sequencial. “quando a qualificação se reduz a diplomas de formação inicial, isso não significa que a pessoa saiba agir com competência. Significa antes, que ela dispõe de certos recursos com os quais pode construir competências” (Le Boterf, 2003, p. 21). Este conceito de competência é desafiador na dimensão individualizada e integrativa que propõe, onde cabe a experiência total do enfermeiro. Conhecer/saber é condição necessária, mas não suficiente para a competência. A formação centrada nas competências mais do que nos conhecimentos “não pretende mais do que permitir a cada um aprender a utilizar os seus saberes para actuar” (Alarcão & Rua, 2005, p. 376).

A Ordem dos Enfermeiros no Caderno Temático referente ao Modelo de Desenvolvimento Profissional refere-se a competência como:

entendendo a competência como «a capacidade de mobilizar diversos recursos cognitivos para fazer face a situações singulares» (Perrenoud, 1996) é fundamental que este mobilizar, integrar e orquestrar os recursos (saberes, saber-fazer e atitudes) seja realizado com carácter adaptativo e em situação, na urgência e na incerteza (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 11).

As competências associadas a um contexto real, situacional, implicam o contexto da prestação de cuidados e a equipa interdisciplinar. A exigência de um olhar plural, que procura soluções partilhadas para os problemas de saúde, é indissociável da interdisciplinaridade e intersectorialidade que convergem para o propósito de alcançar a integralidade dos cuidados em saúde. Embora este trabalho tenha como população alvo a equipa de enfermagem, surge no seio da equipa interdisciplinar, como discussão partilhada, sendo seu objetivo contribuir para uma discussão mais alargada e fundamentada sobre os cuidados prestados às crianças com perturbação do comportamento. A complexidade das questões em saúde e especificamente em saúde mental e psiquiatria da infância e adolescência implica complementaridade das várias áreas de cuidados que fundam a equipa interdisciplinar construindo sinergias ao encontro de respostas mais eficazes. É no diálogo integrado entre as várias disciplinas que se encontram respostas reais para problemas reais. A totalidade do Ser não se instala numa ou noutra disciplina de cuidados e necessita de respostas coordenadas, globais e interdisciplinares, desta forma mais abrangentes, diversificadas e unificadas.

O enfermeiro da UIPIA é reconhecido na equipa interdisciplinar como figura central na avaliação da criança ao longo dos vários turnos, nas 24h. O enfermeiro partilha na equipa interdisciplinar o conhecimento que tem da criança e família fundado na interação diária, assumindo-se muitas vezes como *pivot*, ou consultor face a outros técnicos da equipa interdisciplinar que têm uma intervenção pontual, restrita a um determinado *setting* terapêutico. A avaliação do enfermeiro é preponderante para em equipa interdisciplinar se definir o projeto terapêutico da criança. O desenvolvimento de competências a vários níveis funda-se e reflete-se (num circuito intercomunicante) na equipa interdisciplinar. O enfermeiro como parte de um todo integrado que se constrói e evolui com o contributo individual, mas que é para além de si, numa sinergia que acrescenta. O enfermeiro assume, na Unidade descrita, o papel de “enfermeiro de referência” remetendo a gestão/evolução

do projeto terapêutico para uma relação terapêutica individualizada (não indiferenciada) que envolve todas as áreas de cuidados da criança/adolescente e sua família. Esta relação, mantida durante o tempo do internamento, remete para um percurso que passa pela avaliação, diagnóstico, planeamento e desenvolvimento de intervenções, fazendo confluir o projeto terapêutico definido em equipa interdisciplinar e os contributos de enfermagem, numa relação de continuidade que também prevê a articulação com estruturas comunitárias.

O trabalho nos moldes do “enfermeiro de referência” tem permitido o aprofundamento da relação terapêutica estabelecida com a criança/adolescente e família remetendo para um envolvimento, investimento e responsabilização, onde a mobilização de recursos (internos e externos), nos conduzem de forma clara ao conceito de competência abordado. Remetendo para o contexto académico e profissional, em vários momentos, e partindo da relação terapêutica estabelecida neste papel de “enfermeiro de referência”, foram desenvolvidos vários trabalhos, apresentados e refletidos, dentro da própria equipa do internamento.

Acreditamos que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental deve contribuir ativamente para a reflexão em relação aos cuidados prestados, aplicando os conhecimentos específicos da enfermagem numa visão global da criança. O facto de os estágios do curso de pós-licenciatura de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica coincidiram com o local de exercício de funções permitiu “um estar”, mais focado, menos condicionado pelas questões institucionais/burocráticas e prescritivas, vinculadas a um ritmo de trabalho muitas vezes intenso, facilitando um aprofundamento da problemática em estudo.

Acreditamos, tendo em conta o exposto, ter desenvolvido uma das competências de mestre em enfermagem de saúde mental e psiquiatria “Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva” (IPS-ESS, 2011, p.4).

No quotidiano ocorrem múltiplas oportunidades formativas, os enfermeiros enriquecem e atualizam os seus conhecimentos na prática clínica. A dinâmica dos contextos profissionais, no encontro com o desenvolvimento de competências e a formação, requer por parte dos enfermeiros uma atitude de permanente reflexão sobre as suas práticas. As características do contexto profissional parecem-nos determinantes para a definição do percurso profissional e de formação. O contexto da UIPIA foi de uma importância fundamental na construção da trajetória de formação já descrita.

Afirmamos como basilar, na formação e no desenvolvimento, o intercâmbio entre percursos formais/acadêmicos de formação e menos formais, como o caso da formação em serviço. No papel de responsável pela formação em serviço, desempenhado ao longo de cinco anos pela autora, é dado grande ênfase ao desenvolvimento de competências no contexto da prática de cuidados que se operacionalizam no diagnóstico, planeamento, realização e avaliação das ações de formação. O trabalho que agora apresentamos revestiu-se de momentos de encontro e formação em torno do tema abordado, formalizados na realização do *focus group* e da sessão de formação já descrita, onde foram apresentados os resultados obtidos, num movimento de retorno e reflexão. A formação em serviço na UIPIA tem adquirido, nos últimos anos, essencialmente um formato de intervenção onde são abordadas questões da prática clínica numa reflexão empenhada no (re)conhecimento e melhoramento das práticas. Afirmamos, com grande convicção, a formação interpares no desenvolvimento de competências e na definição de uma estratégia comum de intervenção, que incluindo a individualidade de cada um, define um caminho conjunto de intervenção. Acreditamos, ter desenvolvido, tendo em conta o já referido a competência de mestre em enfermagem de saúde mental e psiquiatria “Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em saúde em geral e em Enfermagem em particular” (IPS-EES, 2011, p.5).

O enfermeiro deve ser capaz de procurar alternativas reais e inovadoras para as necessidades identificadas de cuidados, mobilizando e ativando os recursos disponíveis. A competência cumpre-se no desempenho das funções, no dia a dia, na relação possível de estabelecer com a criança e família (também, como já descrevemos na relação com a equipa interdisciplinar e consigo próprio).

O conceito de competência implica uma capacidade de adaptação constante perante as alterações da prática clínica, num processo de construção e mobilização permanente que integra uma dimensão dinâmica, mobilizadora e reflexiva. O interesse pela temática do presente trabalho fundou-se na prática clínica, em necessidades/dificuldades reais da prática de enfermagem, identificadas na avaliação, análise, diagnóstico e intervenção com as crianças/famílias. O momento de estágio permitiu criar um espaço mobilizador, de estudo e reflexão, sobre questões que há muito se estruturavam como inquietantes dentro da própria equipa. Tenta-se, desta forma, conhecer e refletir sobre a práxis, numa busca de serviços de saúde de qualidade, éticos, onde a construção de competências se possam “viver” de forma

satisfatória e integrada. A preocupação de encontrarmos as estratégias mais ajustadas e agirmos de forma fundamentada, esteve presente ao longo de todo o trabalho de projeto que apresentamos, num profundo respeito pela equipa e pela prática de cuidados. Pretendeu-se ir ao encontro da compreensão da equipa de enfermagem face à sua intervenção com crianças com perturbação do comportamento, num reconhecimento inequívoco da importância de tudo o que é mobilizado na intervenção (sentimentos, cognições, etc.). Acreditamos que o fomento de uma atitude reflexiva e de análise crítica em relação à prática diária é fundamental. A vivência da prática interpela em permanência o enfermeiro, impelindo-o numa procura de respostas ainda pouco estruturadas no referencial institucional. Acreditamos que a prática contém/produz conhecimento que pode ser formalizado/traduzido/clarificado e que muitas vezes é mobilizado antes de ser teorizado. Benner (2001) refere-nos que “uma boa descrição do conhecimento prático é essencial ao desenvolvimento e ao alargamento da teoria em enfermagem” (p. 40). A experiência coloca novos problemas que conduzem a um novo olhar sobre as teorias, reequacionando-as. A prática pode e deve ser plataforma para a reflexão e análise num movimento de construção da prática e da própria teoria que a sustenta.

Ao longo do percurso formativo já descrito e dos 12 anos de prática na UIPIA muitos foram os trabalhos realizados em articulação com a prática profissional, destacando as seguintes áreas: “tentativas de suicídio na adolescência”; “a dimensão do trabalho de luto”; “as automutilações em crianças/adolescentes”; “crianças com perturbações do comportamento (auto e heteroagressividade)”; “crianças/adolescentes com perturbação do comportamento alimentar (intervenção em grupo de trabalho e discussão); Consulta de Enfermagem de Saúde Mental (em desenvolvimento no momento atual, remetendo para um contexto de acompanhamento de pós-alta ou de ligação). O intuito destes trabalhos prendeu-se não só com o desenvolvimento de competências, mas também com selecionar as estratégias mais ajustadas para resolver determinados “problemas” que surgem no dia a dia. Todo o trabalho formativo (em contextos formais e menos formais) promove a intervenção fundamentada, em articulação com questões éticas e deontológicas. Por tudo o que foi referido, acreditamos ter desenvolvido a competência de mestre de saúde mental e psiquiatria: “Age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos” (IPS-ESS, 2011, p.5).

Em profunda articulação com a competência supracitada e tendo em conta o desenrolar deste trabalho, afirmamos ainda, ter desenvolvido a competência de mestre em

saúde mental e psiquiatria: “Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.” (IPS-ESS, 2011, p.5).

Ao longo desta parte do trabalho abordámos o desenvolvimento de competências de mestre em Saúde Mental e psiquiatria, em grande cumplicidade com as palavras crescer e aprender. Pensamos no crescer e aprender num retorno ao que é próprio, íntimo e do desenvolvimento de cada um, não de cada um dos outros, mas de cada um de nós, num olhar sobre as nossas potencialidades, fragilidades, feridas, dificuldades. É que, com verdade, “Só conseguimos empatizar com as dificuldades dos outros quando suportamos estar em contacto com as nossas” (Sá, 2007, p.160).

Crescer, aprender, encontrarmo-nos com as nossas dificuldades, relaciona-se decisivamente com o desenvolvimento de competências relacionais que nos permitam viver relações como as descritas neste trabalho.

crescer e aprender são, no fundo, do ponto de vista psicológico, o mesmo. Não é possível aprender sem crescer e, talvez por isso, seja – para uma criança, como para nós – tão difícil aprender. Meltzer dizia, e não me canso de o repetir, que embora sejamos competentes para o conhecimento, somos profundamente desconhecidos de nós próprios (Sá, 2007, p. 153).

O auto-conhecimento é basilar em todo este processo. Acreditamos ser imprescindível um movimento de (re)conhecimento do que é próprio, que confere consistência e maior legitimidade à relação terapêutica que estabelecemos com o outro. Ao invés de fazer prova das competências desenvolvidas talvez pudéssemos/devêssemos olhar para o que ainda ignoramos, que em termos relacionais será sempre tanto:

por muitas coisas que saibamos, nunca sabemos de fora para dentro, mas ao contrário. Isto é, nunca sabemos mais para além da complexidade da nossa ignorância perante a vida, perante os outros (e perante nós), realidade que só a experiência vivida ensina a descobrir e tolerar (Sá, 2007, p.154).

III - REFLEXÃO FINAL

Todo o percurso descrito ao longo deste trabalho se reconhece e amplia num caminho de desenvolvimento pessoal e profissional. Cruzam-se dois verbos companheiros de há muito, aprender e reconhecer. Certamente que muitos outros fizeram caminho ao nosso lado, mas ressoam estes...aprender e reconhecer. E cabendo um no outro fica mais fácil: “Aprender será, sempre, reconhecer. Reconhecer no sentido de reaprender as pequenas diferenças que nunca se tinham vislumbrado em tudo o que sabemos (tornando cada conhecimento mais simples, mais útil e mais humano)” (Sá, 2007, p.165). Esta será tarefa para toda a vida, tornar cada conhecimento “mais simples, mais útil e mais humano” (Sá, 2007, p. 165), diria mais em relação, mais na relação.

Procurámos compreender a intervenção desta equipa face a crianças com perturbação do comportamento. Acreditamos que este projeto deixa um contributo fundamental para o desenvolvimento do conhecimento, da intervenção e da própria equipa. Longe de ser um fim é um começo, um contributo a ser desenvolvido e ampliado. Benner (2001, P.16) referiu que “Estudar uma prática socialmente organizada permite uma reflexão colectiva que pode construir o conhecimento e criar novas agendas para a investigação”.

Estudar a práxis é enveredarmos numa complexidade de significados e compreensões acolhendo uma diversidade de possibilidades, mas é também aceitarmos as nossas limitações pessoais e aquelas que balizam a nosso projeto do ponto de vista académico. Novamente Benner (2001), confirmando a sensação de que muito fica para fazer, para se ir construindo no reconhecimento da complexidade de estudar uma prática de cuidados. “A prática de enfermagem é bem mais complexa do que aquilo que a maioria das teorias formais de enfermagem preconizam” (Benner, 2001, p.15).

Destacamos ao longo de todo o projeto a importância dada à práxis, a necessidade de esta ser compreendida, reconhecida, estudada e desenvolvida. “O modo como tratamos a nossa aprendizagem experiencial diária, na prática clínica, determina a extensão em que a investigação e a educação serão tanto colectivas como cumulativas, e ligadas de um modo vital com a prática clínica.” (Benner, 2001, p. 12). A metodologia de projeto promove esta ligação clara entre a educação/investigação e a prática clínica aproximando o exercício académico do contexto real dos cuidados.

A análise de dados suscitou vários autores/teóricos das relações de objeto remetendo-nos para a centralidade da relação terapêutica que os enfermeiros desenvolvem com

estas crianças. “Os teóricos e terapeutas das Relações de Objecto partilham a convicção da importância que a relação tem entre as pessoas e dentro das pessoas” (Gomez, 2005, p. 211).

O conteúdo do *focus group* centrou-se essencialmente na relação enfermeiro-criança com perturbação do comportamento, numa compreensão iminentemente psicodinâmica. Compreende-se a perturbação do comportamento, os seus sinais e sintomas, como a expressão de um mal-estar com correspondência a conteúdos latentes a que os enfermeiros tentam aceder em relação. É ainda, marcadamente desenvolvida a compreensão que os enfermeiros têm de si no contexto da relação terapêutica, identificando e explicitando estados emocionais que apontam para uma consciência de si que se orienta para a preservação da integridade do processo terapêutico. Foram descritos estados emocionais intensos de medo, angústia, ambivalência, evidenciando-se como estratégia de suporte, a mobilização da própria equipa. Os enfermeiros apontam, no entanto, para a importância e necessidade de momentos de reflexão onde estes conteúdos possam ser trabalhados.

Nas intervenções desenvolvidas a função contentora é destacadamente valorizada dando ênfase à contenção ambiental, física e emocional, remetendo para a função de *holding*. Nesta categoria Winnicott surge como o autor de referência em conceitos como a já referida função de *holding*, *object-presenting* ou *espaço transicional*.

No apêndice 1 consta o artigo – “Trajetos de âmbito psicoterapêutico” onde se relaciona a teoria de Peplau e o referencial de Winnicott, no ênfase atribuído à função de *holding* e à gestão do ambiente na intervenção de âmbito psicoterapêutico com as crianças com perturbação de comportamento, numa oportunidade de desenvolver contributos emergentes neste trabalho de projeto.

A família parece não ser reconhecida como beneficiária de cuidados ou recurso terapêutico. Nas intervenções desenvolvidas são referidas “dificuldades” em trabalhar com a família que desembocam em atos mecanizados e não refletidos. É novamente referida a necessidade de espaços de reflexão no que concerne à intervenção com a família.

Assim, e de forma profundamente congruente com a centralidade que a relação terapêutica assume na práxis (critério de não clivagem com características estruturantes desta equipa), surge no planeamento, como intervenção para fazer face às necessidades manifestadas, a SCE, prática vinculada à relação que os enfermeiros estabelecem com os clientes e à possibilidade de trabalhar todos os seus conteúdos num contexto formal e pro-

tegido (incluindo aqui a relação enfermeiro-criança, fortemente investida, e a relação enfermeiro-pais/cuidadores-criança, relação pouco refletida, investida e estabelecida).

Na parte II deste trabalho, análise das competências de mestre, dá-se visibilidade ao percurso realizado em termos de aprendizagem e desenvolvimento de competências, numa integração que abarca tanto o PIS, como o percurso pessoal e profissional da autora, num caminho que é com e para além do trabalho de projeto apresentado.

Moveu-nos o desejo de conhecer, ou como dito em cima de reconhecer...desejo igual nos move na intervenção diária, na relação estabelecida com cada uma das crianças que pontuaram de forma consciente ou inconsciente este trabalho.

move-nos o desejo de conhecer. O que de mais profundo isso implica, reside na própria infância e adolescência de cada um. Para que tal possa funcionar terapêuticamente, é necessário uma grande disponibilidade emocional para saber ouvir e compreender, a capacidade de identificação ao sofrimento infantil ou adolescente, e a possibilidade de analisar e pensar sobre os outros e sobre o próprio, num uso mais consciente do nosso interior. No final, a vida parece sempre maior, mais complexa, mas infinitamente mais bela e deslumbrante (Strecht, 2001, p. 351).

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. (2003). *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas.* Coimbra: Formasau.
- Ajuriaguerra, J. & Marcelli, D. (1991). *Manual da Psicopatologia Infantil* (A. Filman, Trad.). (2ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Tradução do original em Espanhol Manual de psicopatología del niño, 1982, Barcelona: Toray-Masson)
- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 14 (3). 373-382. Acedido em: 03/04/2013. Disponível em:
<http://www.readcube.com/articles/10.1590/S0104-07072005000300008?locale=en>
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (4ª ed.), Lisboa: Climepsi.
- Balint, M. (1993). *A falha básica – aspectos terapêuticos da regressão* (F.Settineri, Trad.). Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul. (Tradução do original em Inglês The Basic fault – therapeutic aspects of regression, 1968, Londres: Tavistock Publications Ltd).
- Bardin (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Benner, P., Tanner, C. & Chesla, C. (2009). *Expertise in Nursing Practice – Caring, clinical Judgment & Ethics*. (2nd ed.), New York: Springer Publishing Company.
- Brunero, S. & Stein-Parbury, J. (2008). The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 25 (3). 86-94. Acedido em: 22-03-2013. Disponível em:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=07d0014e-adcd-4042-947d-951d0f2f9b98%40sessionmgr111&hid=120>.
- Brykczynski, A. K. (2004). Patricia Benner – De Principiante a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. In: Tomey, A. & Alligood, M. (2004)

Teóricas de enfermagem e sua obra (modelos e teorias de enfermagem) (pp. 185-207). (5ª ed.). Loures: Lusociência.

- Buus, N. & Gonge, H. (2009). Empirical studies of clinical supervision in psychiatric nursing: a systematic review and methodological critique. *International Journal of Mental Health Nursing*. 18 (5). 250-264. Acedido em: 24-04-2013. Disponível em:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=07d0014e-adcd-4042-947d-951d0f2f9b98%40sessionmgr111&hid=120>
- Buus, N. & Gonge, H. (2010). Individual and Workplace Factors that Influence Psychiatric Nursing Staff's Participation in Clinical Supervision: A Survey Study and Prospective Longitudinal Registration. *Issues in Mental Health Nursing*. 31 (5). 345–354. Acedido em: 24-04-2013. Disponível em:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=07d0014e-adcd-4042-947d-951d0f2f9b98%40sessionmgr111&hid=120>.
- Craig, J. & Smith, R. (2004). *Prática baseada na evidência: manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Carr, S. (2004). A framework for understanding clinical reasoning in community Nursing. *Journal of Clinical Nursing*. 13 (7). 850– 857. Acedido em: 13-03-2013. Disponível em:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&sid=07d0014e-adcd-4042-947d-951d0f2f9b98%40sessionmgr111&hid=120>.
- Carreira, A. & Correia, A. (2011). Unidade de cuidados a tempo parcial para crianças com problemas do comportamento. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria* II. 31. 7-15.
- Cerullo, J. & Cruz, D. (2010). Clinical Reasoning and Critical Thinking. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 18 (1). 124-129. Acedido em: 22-02-2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000100019&script=sci_arttext
- Cleary, M. & Freeman, A. (2005). The cultural realities of clinical supervision in an acute inpatient mental health setting. *Issues in Mental Health Nursing*. 26 (5). 489-505. Acedido em: 2-02-2013. Disponível em:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=20&sid=07d0014e-adcd-4042-947d-951d0f2f9b98%40sessionmgr111&hid=120>.

- Coimbra de Matos, A. (2002). *O desespero aquém da depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Coimbra de Matos, A. (2003). *Mais amor menos doença – a psicossomática revisitada*. Lisboa: Climepsi.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). *Proposta de plano de acção para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal 2007-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em: 11-12-2013. Disponível em:
<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/AC8E136F-50E4-44F0-817F-879187BD2915/0/relatorioplanoaccaoservicossaudeamental.pdf>
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança - Psicomotricidade relacional*. Lisboa: Editora Trilhos.
- Cruz, S. (2012). *Do ad hoc a um modelo de supervisão clínica em enfermagem em uso*. Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento. Porto. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/12619>
- Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março (2006). *Diário da Republica I Série A, Nº 60/06*. (24-03-2006) 2242-2257.
- Doody, O., Slevin E. & Taggart L. (2013). Focus group interviews in nursing research: part 1. *British Journal of Nursing*. 22 (1), 16-19. Acedido em: 14-02-2014. Disponível em:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=24&sid=07d0014e-adcd-4042-947d-951d0f2f9b98%40sessionmgr111&hid=120>.
- Edwards, D., Burnard, P., Hannigan, B., Cooper, L., Adams, J., Juggessur, T., Fothergil, A., & Coyle, D. (2006). Clinical supervision and burnout: the influence of clinical supervision for community mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 15 (8). 1007-1015. Acedido em: 30-02-2013. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=25&sid=07d0014e-adcd-4042-947d-951d0f2f9b98%40sessionmgr111&hid=120>
- Ferreira, T. (2002). *Em defesa da criança – Teoria e prática psicanalítica da infância*. Lisboa: Assírio e Alvim.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

- Galego, C. & Gomes, A. (2005). Emancipação, ruptura e inovação: o focus group como instrumento de investigação. *Revista Lusófona de Educação*. 5. 173-184. Acedido em: 23-08-2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34900510>
- Garrido, A. (2004). *A Supervisão Clínica e a Qualidade de Vidas dos Enfermeiros*. Universidade de Aveiro. Tese de mestrado. Aveiro.
- Garrido, A. (2005). Supervisão clínica em enfermagem. *Revista de investigação em Enfermagem*. 12. 27-34.
- Gomez, L. (2005). *Uma introdução às relações de objecto* (S. Juhos, Trad.). Lisboa: Climepsi. (Tradução do original em Inglês An introduction to object relations, 1997, New York University Press).
- Henderson, A. (2001). Emotional labour and nursing: an under-appreciated aspect of caring work. *Nursing Inquiry*. 8 (2). 130–138. Acedido em: 03-05-2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1440-1800.2001.00097.x/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>.
- Hill, J., Fonagy, P., Safier, E. & Sargent, J. (2003). The Ecology of Attachment in the Family. *Family Process*. 42 (2). 205-221. Acedido em: 04-03-2013. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=70&sid=07d0014e-adcd-4042-947d-951d0f2f9b98%40sessionmgr111&hid=120>
- Howk, C. (2004). Hildegard Peplau – Enfermagem Psicodinâmica. In: Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e sua obra (modelos e teorias de enfermagem)* (pp. 423-434). (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Instituto Politécnico de Setúbal - *Escola Superior de Saúde* (2011). *Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde mental e Psiquiatria*. Setúbal.
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. (2ª ed.), Porto Alegre: Artmed Editora.
- Lynch, L., Happell, B., Sharrock J. & Cross, W. (2008). Implementing clinical supervision for psychiatric nurses – the importance of education. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 14 (1). 1-12. Acedido em: 11-02-2013. Disponível em:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=35&sid=07d0014e-adcd-4042-947d-951d0f2f9b98%40sessionmgr111&hid=120>.

- Macculloch, T. (2009). Clinical supervision and the well-being of the psychiatric nurse. *Issues Ment Health Nurs.* 30 (9). 589-590. Acedido em: 4-04-2013. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=38&sid=07d0014e-adcd-4042-947d-951d0f2f9b98%40sessionmgr111&hid=120>.
- Mcallister, M., Billett, S., Moyle, W. & Zimmer-Gembeck, M. (2009). Use of a think-aloud procedure to explore the relationship between clinical reasoning and solution-focused training in self harm for emergency nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.* 16 (2). 121-128. Acedido em: 5-04-2013. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=41&sid=07d0014e-adcd-4042-947d-951d0f2f9b98%40sessionmgr111&hid=120>.
- Morgan, D. L. (1998). *Planning focus groups*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- O’Gorman, S. (2012). Attachment theory, family system theory, and the child presenting with significant behavioral concerns. *Journal of Systemic Therapies.* 31 (3). 1-16. Acedido em: 6-05-2013. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=44&sid=07d0014e-adcd-4042-947d-951d0f2f9b98%40sessionmgr111&hid=120>.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Caderno Temático - Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem, Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem, Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 13/05/2013. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematico_s2.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental*. Acedido em: 14/01/2012 Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Caderno temático: modelo de desenvolvimento profissional -fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial da Saúde (2010). *Mental Health Promotion in Young People – an Investment for the Future*. Europe: WHO. Acedido em: 11-12-2013. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/121135/E94270.pdf
- Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinamica*. Barcelona: Salvat.
- Pinhel, J., Torres, N. & Maia, J. (2009). Crianças institucionalizadas e crianças em meio familiar de vida: Representações de vinculação e problemas de comportamento associado. *Análise Psicológica*. 4. 509-521. Acedido em: 13/12/2013. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/255/1/AP%2027%284%29%20509-521.pdf>
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., Nunes, L. & Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem (2010). Metodologia de Projeto – Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*. 5. 3-37 Acedido em: 15/03/2013. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.
- Russell, B. R., Geist, M. J. & Maffett, J. H. (2013). An Integrated Clinical Reasoning and Reflection Framework for Undergraduate Nursing Students. *Journal of Nursing Education*. 52 (1). 59-62. Acedido em: 01-02-14. Disponível em: <http://www.healio.com/nursing/journals/jne/%7Bd04983cb-e91a-4272-82d1-f44f5eab3e12%7D/safety-an-integrated-clinical-reasoning-and-reflection-framework-for-undergraduate-nursing-students>.
- Sá, E. (2007). *Textos com educação*. Coimbra: Almedina
- Santos, J. (2007). *Ensinaram-me a ler o mundo à minha volta*. Lisboa: Assírio e Alvim.
- Severinsson, E. (2001). Confirmation, meaning and self-awareness as core concepts of the nursing supervision model. *Nursing Ethics*. 8 (1). 36-44. Acedido em 21-03-13. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=54&sid=07d0014e-adcd-4042-947d-951d0f2f9b98%40sessionmgr111&hid=120>.

- Simmons B. (2010). Clinical reasoning: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 66 (5). 1151–1158. Acedido em: 22-03-2013. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=57&sid=07d0014e-adcd-4042-947d-951d0f2f9b98%40sessionmgr111&hid=120>.
- Strecht, P. (2001). *Interiores – uma ajuda aos pais sobre a vida emocional dos filhos*. Lisboa: Assírio e Alvim.
- Strecht, P. (2002). *Crescer Vazio – Repercussões Psíquicas do Abandono Negligência e Maus Tratos em Crianças e Adolescentes*. (4ª ed.), Lisboa: Assírio e Alvim.
- Tanner, C. (2006). Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. *Journal of Nursing Education*. 45 (6). 204-211. Acedido em: 02-02-13. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=60&sid=07d0014e-adcd-4042-947d-951d0f2f9b98%40sessionmgr111&hid=120>
- Vidigal, M. (2004). Saúde mental infanto juvenil/Saúde mental no adulto. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*. 19. 51-69.
- Vidigal, M. (2005). *Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes aprender a pensar*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Vidigal, M. & Guapo, M. (2003). *Eu sinto um tormento com a ideia do fim definitivo – uma viagem ao mundo do autismo e das psicoses precoces*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Wahl, K. & Metzner, C. (2012). Parental Influences on the Prevalence and Development of Child Aggressiveness. *J Child Fam Stud*. 21. 344-355. Acedido em: 22-06-13. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=63&sid=07d0014e-adcd-4042-947d-951d0f2f9b98%40sessionmgr111&hid=120>.
- Webster-Stratton, C., Gaspar, M. & Seabra-Santos M. (2012). *Incredible Years® Parent, Teachers and Children's Series: Transportability to Portugal of Early Intervention Programs for Preventing Conduct Problems and Promoting Social and Emotional Competence*. *Psychosocial Intervention*. 21 (2). 157-169. Acedido em 15-07-2013. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=66&sid=07d0014e-adcd-4042-947d-951d0f2f9b98%40sessionmgr111&hid=120>

- Winnicott, D. (1975). O brincar e a realidade (J. Salomão, Trad.). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Tradução do original em Inglês *Playing and Reality*, 1971, London: Tavistock Publication Ltd).
- Winnicott, D. (2001). Holding e Interpretação (S. de Barros, Trad.). (2ª ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Tradução do original em Inglês *Holding and Interpretation*).

Apêndices

Apêndice 1 - Artigo

Trajetos de âmbito psicoterapêutico

Subtítulo:

Reflexão sobre a Intervenção de Enfermagem de âmbito psicoterapêutico com crianças que apresentam perturbação do comportamento.

Susana Correia¹

Joaquim Lopes²

¹ Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria; Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria – susana.f.correia@gmail.com

² Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, Doutorando em Enfermagem - joaquim.lopes@ess.ips.pt

Resumo

Este artigo visa refletir sobre aspetos estruturantes da intervenção de âmbito psicoterapêutico em enfermagem de saúde mental, no que se refere a crianças internadas numa Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência que apresentam perturbação do comportamento. Mobiliza-se, em profunda articulação, a teoria de Peplau e o referencial psicanalítico de Winnicott. Destacam-se dois conceitos fundamentais ao longo de todo o artigo: o ambiente *suficientemente bom* e a função de *Holding*. O ambiente *suficientemente bom* condensa, em si mesmo, múltiplas qualidades que Winnicott destaca como fundamentais na intervenção psicoterapêutica e que em enfermagem de saúde mental são valorizadas em paralelo, tanto na gestão do ambiente terapêutico, como na importância atribuída ao vínculo relacional. A função de *holding* apresenta-se como uma das particularidades, qualidades, que funda o ambiente *suficientemente bom* vinculando-se fortemente a uma noção de cuidado, de cuidar, mobilizada e vivida na intervenção de enfermagem.

Palavras-chave: Intervenções de âmbito psicoterapêutico em enfermagem, Crianças com perturbação do comportamento, Peplau, Winnicott, enfermeiro/*ambiente suficientemente bom*.

Abstract

This article aims to reflect on the structuring aspects of the psychotherapeutic intervention in mental health nursing, where it concerns children who present conduct disorder, child and adolescent mental health in-patient service. We will address the deep connection between Peplau's theory and Winnicott's psychoanalytic referential. Two fundamental concepts stand out along the whole article: the *good-enough environment* and the function of *holding*. The *good-enough environment* gathers in itself multiple qualities that Winnicott highlights as essential in psychotherapeutic intervention and that are valued in mental health nursing both in managing the therapeutic setting as well as in the importance attributed to the relational bond. The function of holding seems to be one of its particularities, qualities of what makes a *good-enough environment*, strongly connecting to a notion of care, caring, called into and experienced in nursing intervention.

Keywords: Psychotherapeutic interventions in nursing; children with Conduct Disorder; Peplau; Winnicott; nurse/*good-enough environment*.

Introdução

A intervenção de enfermagem legitima-se pela postura de absoluta consideração pelo *outro* em todas as dimensões que o constituem, num processo significativo, onde ambos, enfermeiro e cliente, se desenvolvem. Peplau (1952) citada por Howk (2004) descreve a enfermagem como “um processo significativo, terapêutico e interpessoal. Funciona de forma cooperativa com outros processos humanos que tornam possível a saúde dos indivíduos” (p. 428).

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental desenvolve cuidados de âmbito psicoterapêutico na aproximação a um *outro* que beneficie de cuidados nesta área de especialidade. A Ordem dos Enfermeiros (2010) integra, o anteriormente referido, como uma das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde Mental:

“Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (p.7).

Acreditamos ser preponderante a identificação de uma prática especializada e de âmbito psicoterapêutico, que povoando os cuidados de enfermagem é pouco nomeada, refletida e valorizada como tal.

Procuraremos, assim, ao longo deste artigo identificar possíveis referências na intervenção de âmbito psicoterapêutico com crianças dos 6 aos 11 anos de idade que apresentam perturbação do comportamento, internadas numa Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência.

Peplau e Winnicott assumem-se como autores de referência, ancorando conceitos que destacamos como fundamentais.

Desenvolvimento – Em trajeto...

Refletir sobre intervenções de âmbito psicoterapêutico nos cuidados de enfermagem remete-nos para o próprio processo, assente na intersubjetividade, no encontro com um *outro* que necessita de cuidados em saúde. Neste sentido, a reflexão estrutura-se como um desafio ético na procura de cuidados de qualidade.

Mobilizar diferentes referenciais, que orientem e estructurem as intervenções desenvolvidas, vincula a práxis a um exercício de procura e integração que reconhece a complexidade do Ser, remetendo para a multiplicidade de olhares possíveis de integrar os cuidados de enfermagem. Assim, perante diferentes formas de “expressão” do sofrimento, o enfermeiro é convocado a mobilizar diferentes modelos de intervenção. Trata-se da adaptação dos cuidados às necessidades dos clientes.

A teoria das relações interpessoais de Hildegard E. Peplau³ remete-nos para conceitos basilares na intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica tendo como foco a relação interpessoal enfermeiro/cliente. Peplau (1952), citada por Howk (2004) defende a prática de enfermagem como um processo interpessoal onde enfermeiro e cliente, em co-construção, desenvolvem uma experiência de crescimento e aprendizagem. “A enfermagem é um instrumento educativo, uma força de maturação que tenciona promover o movimento de progresso da personalidade no sentido de uma vida criativa,

³ Hildegard E. Peplau 1909-1999

construtiva, produtiva, pessoal e comunitária.” (Howk, 2004, p. 428).

A teoria das relações interpessoais, centrada na díade enfermeiro-cliente, reconhece a individualidade e a influência de ambos no processo de intervenção, prevendo, o amadurecimento desta relação no alcance de uma meta comum. Uma proposta de intervenção individualizada com ênfase não *no* cliente e/ou *para* o cliente, mas *com* este, na relação possível de se estabelecer.

Desde há muito que o número de crianças com perturbação do comportamento que recorre aos serviços de saúde suscita reflexão por parte de quem presta cuidados.

“Perturbações do comportamento em crianças e adolescentes, patologia esta que sofreu uma explosão nestes últimos anos e de solução muito difícil, surgindo mesmo já no período da latência ou pré-adolescência. Não dão resultados, de uma maneira geral, a medicação e as intervenções psicoterapêuticas individuais, constituindo um verdadeiro desafio para as equipas de saúde mental.” (Vidigal, 2005, p. 30).

Crianças dos 6 aos 11 anos de idade que chegam ao Internamento com múltiplos episódios de crises disruptivas que, pela sua intensidade, conferem graves riscos para si próprias e/ou para terceiros. Fortemente conotadas a padrões de resposta desajustados. Crianças definidas como “mal-comportadas”, que em vários contextos da sua vida (casa, escola, atividades de tempos livres) suscitam uma resposta vinculada ao código moral na procura da “normalização” do comportamento.

No contexto da Enfermagem de Saúde mental e Psiquiátrica tendo em conta uma intervenção de

âmbito psicoterapêutico os comportamentos devem ser compreendidos e significados. “Todos os comportamentos merecem ser compreendidos e traduzidos nos respectivos estados afectivos internos (de ansiedade, medo, tensão, raiva, etc.), e nunca apenas ignorados, controlados ou modificados.” (Strech, 2001, p. 206).

Referimo-nos a crianças que em muitos casos apresentam baixa tolerância à frustração, baixa capacidade de concentração, dificuldade em aceitar e reconhecer a figura de autoridade, em reconhecer-se e em reconhecer o *outro*, mas que procuram ativamente a relação. Crianças em que a diferenciação Eu-não-Eu, interior-exterior parece ainda pouco clara, não totalmente estabelecida, em estádios de desenvolvimento emocional muito inferiores à idade cronológica.

“Não é clara a diferenciação interior-exterior, bom-mau, Eu-não-Eu. Na clínica esta confusão poderia ser psicótica se coexiste com uma rejeição relacional activa – o ataque às ligações de Bion. Refiro-me a casos de confusão antipsicótica, quando a par deste caos interior descobrimos o desejo intenso de organizar, de ligar – um apelo comunicativo intenso” (Ferreira, 2002, p. 364).

Crianças que se relacionam num modo dual, com patologias/dificuldades pré-edipianas onde a transferência é fortemente marcada pela indiferenciação.

“O agir substitui o pensamento nas formas regressivas a processos precoces de identificação. O bebé não pensa agita-se.” (Ferreira, 2002, p. 457).

Os comportamentos de auto e heteroagressividade parecem coincidentes com a impossibilidade de mentalizar o mal-estar, o sofrimento, o conflito.

“(...) destaca-se a ausência de conflitualidade intra-psíquica, expressando-se o conflito no exterior, na relação directa com as figuras tutelares – pais, educadores e professores.” (Vidigal, 2005, p. 250).

Winnicott⁴, autor de referência na intervenção com crianças e diríamos presença fundamental na reflexão face à intervenção terapêutica/psicoterapêutica em geral, destaca conceitos que nos parecem basilares nas intervenções de âmbito psicoterapêutico com as crianças descritas.

Winnicott (1975) foca-se nos estádios mais precoces do desenvolvimento emocional do ser humano, na emergência do *Eu*, na relação dual e não no complexo de Édipo. Descreve uma relação inicial de dependência absoluta do bebé face ao meio que tende para a dependência relativa. A obra de Winnicott gravita em torno de dois grandes eixos que se relacionam permanentemente, o desenvolvimento emocional do bebé/criança e as qualidades do meio que se deseja *suficientemente bom*. Aborda o limite entre o interno e o externo entre o *self* e o *não-self*, numa “não existência” que evolui para a diferenciação e constituição do *self*. Segundo este autor o desenvolvimento e constituição do Ser ocorre através de um processo de interação com o ambiente, remetendo para o papel crucial que o cuidador desempenha na integração do bebé e na possibilidade de este vir a Ser.

“Sem mãe o bebé não existe e sem holding não cresce por dentro.” (Winnicott, s.d., citado por Ferreira, 2002, p. 57).

Destaca-se, na citação anterior, primeiro a dependência absoluta que o bebé tem numa fase precoce com a figura cuidadora (ao ponto de não Ser) e em seguida a função de *Holding*, mobilizada e definida por Winnicott (1960, 1975, 2001) como uma das formas de a mãe *suficientemente boa* proteger e integrar o bebé.

A função de *holding* vincula-se a uma sustentação física e emocional, que percorre toda a relação, desde a forma como a mãe pega ao colo, alimenta, reconhece e compreende as necessidades do bebé.

As características desta relação primeira têm paralelo com a forma como Winnicott (2001) elabora a intervenção. “Baseado no modelo primário da relação mãe-filho, Winnicott elaborou a natureza e o carácter da transferência e o papel do *setting* analítico.” (Winnicott, 2001, p. 6). O autor (1975) refere-se à intervenção psicoterapêutica como um “derivado complexo do rosto que reflete o que há para ser visto” (Winnicott, 1975, p. 161) numa analogia ao rosto da mãe *suficientemente boa*.

“O vislumbre do bebé e da criança vendo o eu (self) no rosto da mãe e, posteriormente, num espelho, proporcionam um modo de olhar a análise e a tarefa psicoterapêutica. (...) trata-se de devolver ao paciente, a longo prazo, aquilo que o paciente traz. É um derivado complexo do rosto que reflete o que há para ser visto. Essa é a forma pela qual me apraz pensar em meu trabalho, tendo em mente que, se o fizer suficientemente bem, o paciente descobrirá seu próprio eu (self) e será capaz de existir e sentir-se real.” (Winnicott, 1975, p. 161).

Winnicott (1975, 2001) dá, como já referimos, grande relevância ao meio, um meio ambiente que se funde, nos estádios mais precoces de

⁴ Donald Woods Winnicott (1896-1971), pediatra e psicanalista inglês

amadurecimento, com o próprio indivíduo cuidador, dando destaque a uma organização total, que deverá ser, quando a criança ainda se assume como uma entidade frágil, o foco da atenção do cuidado.

Winnicott (1975) propõe uma relação terapêutica de aceitação, vivência do que é próprio de cada criança, partilhando até o “absurdo”, sem necessidade, numa primeira fase, de organização, categorização, sob pena da desistência de se comunicar.

“Talvez seja necessário aceitar que alguns pacientes precisam às vezes que o terapeuta possa observar o absurdo próprio ao estado mental do indivíduo em repouso, sem a necessidade, para o paciente, de comunicar esse absurdo, o que equivale a dizer, sem que o paciente tenha necessidade de organizar o absurdo. (...) O terapeuta que não consegue receber essa comunicação, empenha-se numa tentativa vã de descobrir alguma organização no absurdo, em consequência de que o paciente abandona a área do absurdo, devido à desesperança de comunicá-lo.” (Winnicott, 1975, p. 82).

Destaca-se um espaço de relação e de aceitação que permite a expressão sem risco de rejeição.

Winnicott (1975) aponta ainda para a utilização criteriosa da interpretação na intervenção. A interpretação que não vivida e fundada no amadurecimento é prematura e invasiva produzindo uma perda de contacto com a criança e, decorrentemente, desta consigo própria.

“Interpretação fora do amadurecimento do material é doutrinação e produz submissão. (Winnicott, 1960a).” (Winnicott, 1975, p.76).

Para Winnicott (1975, 2001) a essência da intervenção terapêutica/psicoterapêutica é o favorecimento da integração sustentada pelo ambiente suficientemente bom.

Abordamos alguns tópicos do imenso legado deixado por Winnicott. Centramo-nos essencialmente na função de *Holding* e no ambiente *suficientemente bom* que o autor descreve como basilares na intervenção psicoterapêutica. Conceitos que nos parecem ter grande paralelo com a enfermagem na sua prática diária e na conceção dos cuidados.

Os enfermeiros numa unidade de internamento destacam-se como gestores por excelência do ambiente terapêutico conhecendo e prevendo as contingências do ambiente, no sentido de promover a sua suficiência. Contingências que se prendem não só com o trabalho de enfermagem na relação direta com a criança/família, ou com a gestão do grupo de crianças internadas, mas também com a teia inter-relacional e interdisciplinar que inclui a equipa alargada, onde mais uma vez, o enfermeiro tem um papel de destaque na transmissão/gestão da informação e na ligação que pode estabelecer entre os vários agentes de cuidados.

Promover um ambiente suficientemente bom, empático, ao encontro das necessidades da criança relaciona-se profundamente com a própria essência dos cuidados de enfermagem. Uma adaptação *suficientemente boa* integra, tanto o reconhecimento das necessidades da criança, suprimindo-as (ao encontro da *ilusão de onnipotência*), como as falhas não continuadas e possíveis de suportar pela criança (facilitando a vivência da *desilusão*), introduzindo dados da realidade e favorecendo o *amadurecimento emocional*.

O *setting* da unidade de internamento relaciona-se intimamente com o conceito de mãe/ambiente, tentando oferecer previsibilidade e confiança através da gestão do ambiente terapêutico e da qualidade do vínculo relacional estabelecido entre o enfermeiro-criança/família.

O conceito de *holding* definido por Winnicott (1960 1975, 2001) parece ter muitos pontos de contacto com a intervenção de enfermagem definida por Peplau que destaca a necessidade de ter em conta as particularidades de cada indivíduo às mudanças que se desenrolam à sua volta (sejam físicas ou psicológicas) e a sua proteção contra riscos.

“Peplau continuou a acreditar que a maioria das perturbações psicológicas iria reagir a um ambiente securizante de apoio e cuidado” (Callaway, 2013, p. 539).

O cuidado de enfermagem teorizado e definido por Peplau (1990) privilegia também a preocupação com o desenvolvimento, traçando um processo de autonomia e crescimento pessoal em consonância com o defendido por Winnicott (1975) que define um caminho da dependência absoluta à dependência relativa, com grande ênfase no amadurecimento.

A função de *holding* vincula-se fortemente a uma noção de cuidado, de cuidar, mobilizada e vivida na intervenção de enfermagem. *Holding* que suporta, sustenta os cuidados do dia a dia valorizados aqui, e face a estas crianças como uma função basilar da intervenção de âmbito psicoterapêutico.

Aponta-se para um *setting* terapêutico que ofereça sustentação, um meio suficientemente bom, confiável, que suporte e ajude estas crianças a

metabolizar as angústias, a “dar nome” às suas necessidades, transformando-as em comunicação.

Refletir sobre a intervenção psicoterapêutica com crianças implica uma reflexão paralela face às figuras cuidadoras, à família, ao ambiente que a envolve. Segundo Winnicott (1960, 1975, 2001) em fases precoces do desenvolvimento não é possível pensar a criança sem pensar as suas figuras cuidadoras e o ambiente em que a criança vive (ambiente físico, relacional, emocional). Como referido anteriormente o desenvolvimento emocional da criança está profundamente dependente das qualidades do meio.

Uma reflexão que nos parece ainda pertinente, em concordância com a linha de pensamento que até então desenvolvemos, remete-nos para as condições que sustentam os enfermeiros na sua intervenção. Que condições de suporte têm os enfermeiros para desenvolver as suas funções de âmbito psicoterapêutico? Voltamos ao conceito de *holding*, destacando um nível de abrangência que se relaciona não só com as condições de trabalho e com a dinâmica da equipa (de enfermagem e interdisciplinar), mas se vincula profundamente a processos de auto-conhecimento e supervisão clínica em enfermagem, na possibilidade do *holding* deixar de ser um conceito e se transformar numa noção viva/vivenciada. O enfermeiro que cuida, mas que também é cuidado, num ambiente capaz de ir ao encontro das suas necessidade e do seu amadurecimento pessoal e profissional.

Nota conclusiva

Os conceitos apresentados são tidos como uma possível referência, tendo em conta intervenções de enfermagem de âmbito psicoterapêutico desenvolvidas com crianças com perturbação do

comportamento. Peplau (1990) centra-nos na relação interpessoal e nos seus princípios mais basilares, Winnicott (1975) conduz-nos às especificidades das relações/intervenções de âmbito psicoterapêutico.

O encontro, a relação, foram presenças centrais, sem as quais é inconcebível pensar a intervenção em Enfermagem de Saúde Mental, e mais especificamente, a intervenção de âmbito psicoterapêutico. Encontro autêntico, que reconhece a existência da criança na sua alteridade. Encontro com um *outro/ambiente*, aqui, enfermeiro/ambiente *suficientemente bom* que facilitam o retomar do desenvolvimento no profundo respeito pela criança. “Respeitá-las é compreender em que ponto se encontram as suas dificuldades, o que queremos e para onde vamos quando estamos com elas.” (Strecht, 2002, p. 221).

O ambiente *suficientemente bom* e a função de *Holding* destacaram-se como conceitos profundamente próximos da prática de enfermagem, embora não nomeados como tal e não valorizados e/ou identificados no dia-a-dia de cuidados como intervenções, ou práticas de âmbito psicoterapêutico.

Uma trajetória de entre muitas, sobre um legado imenso de intervenções de âmbito psicoterapêutico onde vivem quadros conceptuais próprios que orientam o olhar. Nunca um olhar definitivo. Não acreditamos em máximas que nos toldem na aproximação ao outro, antes perspectivas que nos orientem na intervenção, ainda assim, limitadoras face à complexidade imensa do Ser.

“A herança cultural dos nossos quadros e ferramentas conceptuais limita e melhora a nossa

visão, lançando uma bênção e uma maldição sobre a nossa luta para vermos claramente aquilo a que nunca poderemos ser exteriores. (...) É provável que fiquemos tão horrorizados quanto aliviados por descobri-la, considerando-a tão reconfortante e tão insuportavelmente limitadora como qualquer regresso a casa” (Gomez, 2005, p. 236).

Permanece o prazer do encontro, na vivência de uma comunicação autêntica, ressignificante que reconhece e qualifica. Afirma-se a presença de um enfermeiro não idealizado, mas *suficientemente bom* que possa partilhar o prazer, de em conjunto, criar tudo o que é suscetível de Ser.

Bibliografia

Callaway, B. (2013). *Hildegard Peplau – A Enfermeira Psiquiátrica do Século*. Loures: Lusociência.

Ferreira, T. (2002). *Em defesa da criança – Teoria e prática psicanalítica da infância*. Lisboa: Assírio e Alvim.

Gomez, L. (2005). *Uma introdução às relações de objecto* (S. Juhos, Trad.). Lisboa: Climepsi. (Tradução do original em Inglês *An introduction to object relations*, 1997, New York University Press).

Howk, C. (2004). Hildegard Peplau – Enfermagem Psicodinâmica. In: Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e sua obra (modelos e teorias de enfermagem)* (pp. 423-434). (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro*

especialista em enfermagem de saúde mental.
Acedido em: 14/01/2012 Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinamica*. Barcelona: Masson-Salvat

Strecht, P. (2001). *Interiores – uma ajuda aos pais sobre a vida emocional dos filhos*. Lisboa: Assírio e Alvim.

Strecht, P. (2002). *Crescer Vazio – Repercussões Psíquicas do Abandono Negligência e Maus Tratos em Crianças e Adolescentes*. (4ª ed.), Lisboa: Assírio e Alvim.

Vidigal, M. (2005). *Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes aprender a pensar*. Lisboa: Trilhos Editora.

Vidigal, M. & Guapo, M. (2003). *Eu sinto um tormento com a ideia do fim definitivo – uma viagem ao mundo do autismo e das psicoses precoces*. Lisboa: Trilhos Editora.

Winnicott, D. (1960) The Theory of the Parent-Infant Relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*. 41: 585-595. Acedido em: 10/03/2014. Disponível em: <http://icpla.edu/wp-content/uploads/2013/09/Winnicott-D.-The-Theory-of-the-Parent-Infant-Relationship-IJPA-Vol.-41-pps.-585-595.pdf>

Winnicott, D. (1975). *O brincar e a realidade* (J. Salomão, Trad.). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Tradução do original em Inglês *Playing and*

Reality, 1971, London: Tavistock Publication Ltd).

Winnicott, D. (2001). *Holding e Interpretação* (S. de Barros, Trad.). (2ª ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Tradução do original em Inglês *Holding and Interpretation*).